

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 61

TRAVAIL de la MATERNITÉ de l'HOPITAL de la CROIX-ROUSSE
(Professeur Agrégé RHENTER)

Sur la THÉRAPEUTIQUE des VICIATIONS PELVIENNES

(étude statistique, d'après 97 cas de bassins viciés
observés à la Maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Yvon SOUZY

*Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon
et de la Maternité de la Croix-Rousse à Lyon*

Né le 20 Avril 1904 à PONT-DE-VEYLE (Ain)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1930

SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES VICIATIONS PELVIENNES

(étude statistique, d'après 97 cas de bassins viciés
observés à la Maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 61

TRAVAIL de la MATERNITÉ de l'HOPITAL de la CROIX-ROUSSE
(Professeur Agrégé RHENTER)

Sur la THÉRAPEUTIQUE des VICIATIONS PELVIENNES

(étude statistique, d'après 97 cas de bassins viciés
observés à la Maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Yvon SOUZY

*Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon
et de la Maternité de la Croix-Rousse à Lyon*

Né le 20 Avril 1904 à PONT-DE-VEYLE (Ain)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE
Assesseur M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POJICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance RHENTER
Chirurgie expérimentale TAVERNIER
Applications du radium NOGIER
Stomatologie TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBRON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOUT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

[M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, *président* ; RHENTER, *assesseur* ;
CHALIER A. et EPARVIER, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté

Accoucheur honoraire des Hôpitaux

Il a bien voulu accepter d'être
notre Président de thèse. Qu'il
trouve ici l'expression de notre gra-
titude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER

Accoucheur des Hôpitaux

Nous avons été son externe, et il
nous fait le grand honneur de nous
compter parmi ses élèves. Pendant
ces six mois passés dans son service,
il se montra toujours un maître af-
fectueux et bienveillant, nous pro-
diguant son enseignement d'une si
haute autorité avec une inlassable
complaisance et multipliant à notre
égard les marques de sa délicate
bonté. Qu'il nous permette de lui ex-
primer ici notre profonde recon-
naissance et notre respectueuse af-
fection.

A NOS MAÎTRES PENDANT NOS TROIS ANNÉES D'EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN

MONSIEUR LE DOCTEUR GOYET

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES VICIATIONS PELVIENNES

(étude statistique, d'après 97 cas de bassins viciés
observés à la Maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse)

Introduction

La thérapeutique des rétrécissements du bassin compte encore parmi les plus vastes et les plus complexes questions de l'obstétrique.

De tous temps, les bassins viciés furent soupçonnés, mais leur existence n'apparaît nettement affirmé que vers 1740, dans quelques observations de DEVENTER : « Un bassin trop étroit, dit-il, non seulement augmente les difficultés de l'accouchement, mais peut causer la mort à la mère et à l'enfant si l'Art ne vient à son secours. » A sa suite, les obstétriciens se mirent à étudier les différents types de rétrécissements du bassin. Citer les noms de ceux qui s'occupèrent de cette question serait citer tous les accoucheurs de l'époque moderne.

Il semble pourtant que cette étude fut conduite de manière fort différente suivant que l'on considère les premiers travaux (jusqu'en 1880 environ) et ceux qui leur firent suite.

Dans la première période, on étudie seulement les rétrécissements en fonction de la thérapeutique à leur apporter, admettant volontiers qu'à chaque type correspond une thérapeutique constante. A cette systématisation à outrance, ne tarde pas, il est vrai, à s'opposer la recherche d'éléments plus précis. On cherche alors à calculer le volume de la tête foetale et son potentiel d'engagement.

La deuxième période est l'aboutissant de cette phase de recherches. On se convainc que la plus grande souplesse doit commander la thérapeutique, qu'il importe de se laisser inspirer par l'évolution de la gestation, voire même par les premières phases du travail, bien plus que par des mensurations qui, hors les cas extrêmes, ne peuvent toujours suffire.

Il faut chercher la cause principale de l'évolution des idées dans la confiance légitime accordée de plus en plus à l'opération césarienne. L'introduction récente dans l'arsenal thérapeutique de l'opération césarienne basse permet de ne pratiquer l'intervention qu'en cas de réelle nécessité, et de laisser à l'accouchement spontané toutes ses chances de réalisation. Tel bassin qui souvent faisait prévoir l'hystérotomie, s'est révélé, au moment du travail, posséder des capacités inattendues. La phrase : « attendre l'épreuve du travail », revient de plus en plus souvent sur les feuilles d'observation des femmes enceintes ; et la pratique journalière montre combien cette temporisation est anodine.

Est-ce à dire que les improvisations de la dernière heure soient toujours suffisantes ? Non, certes, et c'est

pourquoi, avec d'autres d'ailleurs, l'Ecole lyonnaise reste fidèle dans certains cas à l'accouchement prématuré provoqué. Cette intervention ne s'est-elle pas révélée d'une innocuité presque absolue? Je rappellerai à ce propos la statistique du service de la clinique obstétricale de Lyon où, en 1921, notre maître le Professeur agrégé RHENTER, put démontrer que la mortalité fœtale était de 13,3 % sur 125 accouchements prématurés provoqués; cette mortalité s'abaisse même à 9 % si l'on ne considère que les cas où, comme c'est maintenant la règle, le travail n'a été déclenché qu'au cours du huitième mois. Quant à la mortalité maternelle, elle est pratiquement réduite à zéro.

Au cours du semestre d'externat que nous avons fait dans le service de M. RHENTER, à la Maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse, nous avons été souvent frappé de la souplesse extrême qui préside au choix d'une thérapeutique dans les bassins viciés. Il semble qu'au moment du travail, il apparaisse des possibilités nouvelles dans les éléments anatomiques intéressés. Il semble, qu'en dépit de l'affirmation de BAUDELLOCQUE, on ne puisse plus dire: « l'accouchement est-il autre chose qu'une opération mécanique soumise aux lois du mouvement. » Telle, choisie entre plusieurs, l'histoire de cette parturiente, dont le bassin aplati et généralement rétréci avait été diagnostiqué à la fois par l'examen interne et par la radio pelvimétrie. Un tel bassin posait nettement l'indication de l'hystérotomie. Malgré les recommandations faites, elle ne vient à l'hôpital que 48 heures après la rupture des membranes et déjà en état de sub-infection. On juge alors prudent de

laisser aller les choses... Or voici qu'en quelques heures, elle accouche spontanément d'un enfant de 3.750 grammes.

Il n'en reste pas moins qu'il faut intervenir en temps opportun et il nous a paru intéressant de grouper ici les interventions faites à la Maternité de la Croix-Rousse pendant les 42 mois où ce service a été dirigé par M. RHENTER. Une excellente organisation des consultations de grossesse permet de dépister tous les bassins viciés et de recueillir sur les malades des documents cliniques et radiographiques permettant de se faire une opinion aussi précocement qu'il est utile.

Nous avons pu réunir 97 observations de bassins viciés. Nous les publierons, discuterons les résultats et nous nous demanderons aussi objectivement que possible si la conduite tenue a été logique et cela spécialement dans les cas où l'événement a pu laisser quelque arrière-pensée.

CHAPITRE PREMIER

Observations

(*Extraits des Archives de la Maternité de la Croix-Rousse*).

I. — *Accouchements spontanés*

OBSERVATION I (1927, n° 29)

Madame M. J. F., 34 ans, Française, III pare.

1° Une fille, en 1914, à la Charité, accouchement spontané à terme.

2° Une fille, en 1920, Hôpital Croix-Rousse, à terme bien portante.

Examen pelvien (professeur Commandeur, 1914).

Promontoire élevé, dévié à droite, arc antérieur du côté gauche fortement redressé et aplati, grosse atrophie de l'os iliaque du côté droit, avec courbure fortement arrondie :

Bassin coxalgique classique.

Raccourcissement apparent du membre inférieur droit à 6 c/m.

Longueur du fémur droit, 42 c/m.

Longueur du fémur gauche, 42 c/m.

Longueur de la jambe droite, 36 c/m 5.

Longueur de la jambe gauche, 38 c/m.

Atrophie du membre inférieur droit. Le trochanter

droit est sur la même ligne horizontale que l'épine iliaque antero-supérieure. Ankilose complète. Il existe un peu de luxation du fémur. Dans la station debout, l'ensellure lombaire est extrêmement marquée. Boiterie peu marquée.

3° *Accouchement* le 11 janvier 1927, à l'Hôpital de la Croix-Rousse.

Examinée le 6 janvier à terme.

Dernières règles le 20 mars 1926.

Accouchement probable le 30 décembre

Claudication nette : raccourcissement de 6 c/m du membre inférieur droit. Atrophie musculaire à droite. Le rachis paraît avoir peu souffert de l'attitude imposée au bassin : légère cyphose de la moitié inférieure de la colonne dorsale.

Accouchement spontané en 8 heures 20 minutes.

Durée de la dilatation, 8 heures.

Durée de l'expulsion, 20 minutes.

Délivrance : 1 h. p. r. — O. I. D. P. Enfant 3.270 gr.

Suites de couches absolument normales. L'enfant à la sortie pèse 3.250 gr.

Retour de couches au début d'août.

OBSERVATION 2 (1927, n° 34)

Mme J. N., 29 ans. II pare.

Un garçons, né à 8 mois, à Bourg-de-Thizy, décédé à quinze jours.

Examen pelvien, le 28 décembre 1926.

Promontoire extrêmement saillant, p. s. p. = 10,5. Faux promontoire à l'union de S. 1 et S. 2, modérément saillant, à 9 c/m 5 du sous-pubis. A partir de ce faux promontoire, le sacrum file en arrière, présentant une surface plane au niveau de S. 2 et S. 3 pour se recourber en hameçon à partir de l'articulation de S. 3 et S. 4. Sinus sacro-iliaques très profonds. Arc antérieur très redressé, rejoignant

presque en ligne droite la symphyse pubienne. Il s'agit, en somme, d'un bassin aplati généralement rétréci et canaliculé.

La malade et son mari refusent l'opération césarienne.

On se décide alors à provoquer l'accouchement, mais il apparaît des signes de travail.

Dernières règles le 29 mars, accouchement probable 9 janvier.

Marche de l'accouchement. Dilatation : 5 h. 10.

Expulsion en 40 minutes d'un enfant de 3.350 grammes.

Suites de couches très normales. L'enfant pèse 3.450 grammes à la sortie.

Retour de couches le 21 février.

OBSERVATION 3 (1927, n° 80)

Mme A. G., 21 ans, I pare.

Examen pelvien (le 26 janvier 1927).

Parenthèses fémorales, promontoire très élevé que l'on atteint à 11 c/m 5. Faux promontoire à l'union de S. 1 et S. 2. Arc antérieur régulier. Il s'agit d'un bassin généralement rétréci suffisant.

Dernières règles le 17 mai, accouchement probable le 26 février.

Accouchement le 5 février 1927.

Début des douleurs le 3 février, à 9 heures.

Rupture des membranes le 4 février, à 11 heures.

Dilatation complète le 4 février, à 23 h. 45.

Terminaison de l'accouchement le 5 à 0 h. 45.

O. I. D. T. : enfant de 2.770 gr., placenta de 600 gr.

B. W. légèrement positif chez la mère.

Suites de couches très normales. Enfant de 2.630 gr. à la sortie.

OBSERVATION IV (1927, n° 168)

Mme P. P., 34 ans, I pare.

Examen pelvien le 2 mars 1927 (Docteur Eparvier).

Promontoire attingible à 10 c/m 2. Arc antérieur droit un peu redressé. Radio-pelvimétrie.

Dernières règles le 28 mai. Accouchement probable le 8 mars 1927.

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs le 7 mars, à 6 heures.

Dilatation complète le 8 mars, à 0 h. 45.

Accouchement à 3 heures. O. I. G. A.: enfant de 3.280 grammes.

Suites de couches très normales : enfant de 3.250 gr. à la sortie.

OBSERVATION V (1927, n° 183)

Mme G. R., I pare, 25 ans.

Examen pelvien le 18 février 1927.

On note une symphyse haute avec bourrelet retro-symphysaire très marqué. Courbure des arcs légèrement redressée. Il s'agit d'un bassin généralement rétréci peu déformé.

Dernières règles, le 11 mai. Accouchement probable le 21 février.

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs le 13 mars, à 16 heures.

Rupture des membranes le 14 mars à 5 h. 30.

Dilatation complète le 14 mars, à 13 h. 50.

Accouchement le 14 mars, à 14 h. 50. O. I. G. A. : deux circulaires. B. W.: positif chez la mère. Enfant de 3.150 grammes ; placenta de 650 grammes.

Abcès du sein chez la mère ayant évolué jusqu'au 14 mai 1927.

Enfant en bonne santé.

OBSERVATION VI (1927, n° 186)

Mme V. B., 21 ans, IV pare, un avortement.

Un avortement de cinq mois et demi à domicile.

Un garçon de huit mois, Hôpital Croix-Rousse, mauvaise santé.

Une fille à huit mois, Hôpital Croix-Rousse, morte deux mois.

Un garçon à terme (traitement anti-syphilitique pendant la grossesse), mort de spasmes à la glotte à quatre mois.

D. R. 29 mai. — A. P. 10 mars.

Examen pelvien : Il s'agit d'un bassin transversalement rétréci à arc antérieur nettement redressé.

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs, le 15 mars, à 13 h. 50.

Rupture des membranes : artificielle, à 16 h. 30.

Accouchement terminé à 16 h. 35.

Dégagement en O. S. Enfant de 2.520 gr.

Suites de couches très normales. L'enfant pèse 2.580 gr. à la sortie.

OBSERVATION VII (1927, n° 270)

Mme V. B., 25 ans, II pare, un avortement.

Un garçon à terme, 1922 (2.100 grammes) à domicile.
b. p.

Un avortement, 1924, à quatre mois.

Examen pelvien : On suit les arcs antérieurs jusqu'aux sinus. Sacrum plat. Bassin aplati (Radio-pelvimétrie).

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs le 18 avril, à 3 heures.

Rupture des membranes le 18 avril, à 12 heures.

Dilatation complète, le 18 avril, à 13 h. 50.

Accouchement terminé à 14 heures. O. I. G. A.

Enfant de 2.780 gr.

Suites de couches très normales. Enfant de 2.800 gr. à la sortie.

OBSERVATION VIII (1927, n° 352)

Mme O. R., 22 ans, I pare.

D. R. : 5 août ; A. P. : 12 mai.

Examen pelvien le 29 avril.

Le doigt bute sur la face antérieure du sacrum et perçoit une saillie marquée au niveau du disque S. 2, S. 3, plus marquée au niveau de S. 1, S. 2. Promontoire très élevé à 10 c/m 5. Symphyse haute, redressée, Sinus profonds. Arcs antérieurs redressés surtout à partir de l'angle ilio-pectiné. La tête prend bien le contact et ne débord pas. Il s'agit d'un bassin aplati et généralement rétréci.

Marche de l'accouchement :

Rupture des membranes : prématurée, le 8 mai, à 21 h.

Début des douleurs : le 13, à 12 heures.

Dilatation complète, le 14, à 5 h. 25.

Accouchement, le 14, à 5 h. 45. O. I. G. A. Hématome de 600 gr.

Enfant de 2.950 gr.

Température sub-fébrile chez la mère pendant les quatre premiers jours. Enfant de 2.910 gr. à la sortie.

OBSERVATION IX (1927, n° 377)

Mme C. J., 27 ans, I pare.

D. R., 17 août ; A. P., 27 mai.

Examen pelvien : Bassin limite généralement rétréci.

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs, le 21, à 1 h. 30.

Rupture des membranes, le 21 mai, à 2 h. 30.

Dilatation complète, le 21, à 16 heures.

Accouchement, à 17 h. 40. O. I. G. A.

Enfant de 3.150 gr.

Suites de couches très normales. Enfant de 3.170 gr. à la sortie.

OBSERVATION X (1927, n° 458)

Mme D. M., 27 ans, II pare.

Un garçon en 1924 : accouchement prématuré provoqué, à 8 mois et demi.

Dernières règles, le 15 septembre.

Accouchement probable, le 22 juin 1927.

Examen pelvien : Femme de petite taille, squelette grêle, sans déformation rachitique apparente, Promontoire à 11 c/m. Ebauche de faux promontoire. On fait facilement le tour du détroit supérieur dont l'arc antérieur est fortement redressé, surtout à droite. La tête prend bien le contact et ne déborde pas.

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs, le 12 juin, à 5 heures.

Dilatation complète, à 9 h. 15.

Rupture des membranes à 9 h. 15, spontanément.

Accouchement à 9 h. 30. O. I. D. P.

Enfant de 2.850 gr.

Suites de couches marquées par une ascension de la température à 39° le lendemain. Bon état général à la sortie. Enfant de 2.870 gr. à la sortie.

Le cinquantième jour après l'accouchement, utérus en sub-involution, culs de sac souples. Tendance à la rétroversion.

OBSERVATION XI (1927, n° 619)

Mme G. V., 19 ans, I pare.

Un avortement, de 1 mois et demi, en 1926.

Dernières règles, le 26 octobre.

Accouchement probable, le 6 août.

Examen pelvien : Parenthèses fémorales, voûte ogivale.

Promontoire perçu à 9 c/m 5. Arcs antérieurs de courbure normale. Bassin généralement rétréci.

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs, le 25 juillet, à 9 heures.

Rupture des membranes, le 25, à 16 heures.

Dilatation complète, le 25, à 19 h. 30.

Accouchement terminé, le 25, à 20 h. 50. O. I. G. A.

Enfant de 2.470 gr.

Suites de couches très normales. Enfant de 2.480 gr. à la sortie.

OBSERVATION XII (1927, n° 643)

Mme B. H., 25 ans, I pare.

D. R., 25 octobre. A. P., le 1^{er} août.

Examen pelvien : Scoliose à grande courbure et à convexité droite commençant au niveau de la deuxième vertèbre dorsale.

Scoliose de compensation intéressant la partie tout inférieure de la colonne lombaire. Au toucher : on n'atteint pas le promontoire et l'exploration du détroit supérieur est impossible. Losange de Michaelis légèrement déformé. Il s'agit d'un bassin asymétrique suffisant.

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs, le 4 août, à 12 heures.

Dilatation complète et rupture des membranes à 1 h. 55.

Accouchement en 2 h. 15, O. I. D. P.

Enfant de 2.900 gr.

Suites de couches normales. Enfant de 2.890 gr. à la sortie.

OBSERVATION XIII (1927, n° 658)

Mme P. J., 24 ans, II pare.

Une fille à terme, en 1923 (forceps).

D. R., 24 octobre. A. P., 7 août.

Examen pelvien : Facies dysthyroïdien. Ebauche de parenthèses fémorales. Promontoire à 11 c/m. Faux promontoire à l'union de S. 1 et S. 2. Le sacrum est redressé dans son ensemble. On fait le tour du détroit supérieur dont l'arc est aplati en avant. Il s'agit d'un bassin aplati et généralement rétréci.

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs, le 9 août, à 22 heures.

Dilatation complète et rupture des membranes, le 10, à 8 heures.

Accouchement, à 8 h. 20. O. I. G. A.

Enfant de 3.420 gr.

Suites de couches normales. Enfant de 3.490 gr. à la sortie.

OBSERVATION XIV (1927, n° 827)

Mme L. C., 22 ans, I pare.

D. R., 27 décembre. A. P., le 30 octobre.

Examen pelvien : Promontoire à 11 c/m 2. Arc antérieur de courbure réduite. Il s'agit d'un bassin généralement rétréci.

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs, le 6 octobre, à 12 heures.

Dilatation complète et rupture des membranes à 16 h. 30.

Accouchement, à 17 h. 45. O. I. G. A.

Enfant de 3.350 gr.

Suites de couches normales. Enfant de 3.300 gr. à la sortie.

OBSERVATION XV (1927, n° 854)

Mme C. G., 23 ans, I pare.

D. R., 27 janvier. A. P., le 6 novembre.

Examen pelvien : Ebauche de parenthèses fémorales. Voûte palatine légèrement ogivale, élargissement des ailes du nez. On atteint le promontoire, le contour du détroit supérieur peut être suivi. L'arc antérieur paraît réduit dans son ensemble, mais la tête s'engage facilement.

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs, le 11 octobre, à 5 heures.

Dilatation complète, le 12, à 3 h. 45.

Rupture des membranes, le 12, à 2 heures.

Accouchement, à 4 h. 35. Rétention placentaire. Curage.

O. I. G. A.

Enfant de 3.000 gr.

Température sub-fébrile pendant les cinq premiers jours chez la mère. Enfant de 2.950 gr. à la sortie.

OBSERVATION XVI (1927, n° 1.088)

Mme V. R., 25 ans, I pare.

D. R., 11 mars. A. P., 21 décembre.

Examen pelvien : Le promontoire est relativement élevé à 10 c/m. 5. On fait le tour du détroit supérieur dont l'arc antérieur paraît être à grand rayon. La tête reste mobile. Il s'agit d'un bassin aplati pur.

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs, le 25 décembre, à 1 heure.

Dilatation complète, le 27, à 10 h. 25.

Accouchement, à 19 h. 25, donc travail très prolongé.

O. I. G. A.

Enfant de 3.400 gr.

Suites de couches normales. Enfant de 3.300 gr. à la sortie.

OBSERVATION XVII (1928, n° 63)

Mme M. F., 19 ans, II pare.

Un garçon, en 1926 : accouchement prématuré provoqué à l'Hôtel-Dieu.

Examen pelvien : Bassin coxalgique très légèrement asymétrique.

Marche de l'accouchement : Le 19 janvier.

Indéterminé, à domicile, très rapide.

Enfant de 2.850 gr.

Suites de couches très normales. Enfant de 2.825 gr. à la sortie.

OBSERVATION XVIII (1928, n° 86)

Mme G. M., 35 ans, IV pare.

Une fille à terme, en 1914, à domicile, bien portante.

Une fille à terme, en 1920, H+R, bien portante.

Un garçon à terme, en 1927, H+R, bien portant.

D. R., ? A. P., ?

Examen pelvien . Coxalgie avec atrophie du membre inférieur droit. Raccourcissement, ankylose en adduction, la face interne de la cuisse affleure l'orifice vulvaire. La symphyse est basse, tendant à barrer la vulve. On ne peut atteindre le promontoire qu'à bout de doigt. A droite la ligne innominée est régulière. Le cotyloïde et l'ischion sont nettement projetés vers la ligne médiane. A gauche, la courbure paraît sensiblement normale. En somme, il s'agit d'un bassin coxalgique, asymétrique, suffisant.

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs, le 26 janvier, à 23 heures.

Dilatation complète, le 27, à 21 heures.

Accouchement, à 23 h. 30. O. I. G. A.

Enfant de 3.050 gr.

Suites de couches normales. Enfant de 3.080 gr. à la sortie.

OBSERVATION XIX (1928, n° 111)

Mme C. J., I pare, 29 ans.

D. R., 12 avril. A. P., 22 janvier.

Examen pelvien : Femme de petite taille au squelette trapu, membres courts sans déformations apparentes, mais élargissement des épiphyses, surtout aux poignets : voûte palatine sensiblement ogivale. Au toucher, le promontoire est très élevé, attingible à bout de doigt, peu saillant. La courbure de l'arc antérieur tend vers la forme ogivale. Il s'agit d'un rétrécissement transversal (vérifié par la radio-pelvimétrie).

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs, le 2 février, à 23 heures.

Rupture des membranes, le 3, à 7 heures.

Dilatation complète, le 3, à 10 h. 15.

Accouchement, le 3, à 10 h. 50. O. I. G. A.

Enfant de 3.150 gr.

Suites de couches très normales. Enfant de 3.175 gr. à la sortie.

OBSERVATION XX (1928, n° 122)

Mme P. G., 39 ans, I pare.

D. R., 10 avril. A. P., 20 janvier.

Examen pelvien : Fœtus en transverse. Le col est sur la ligne médiane, promontoire à 11 c/m. 5, sacrum redressé sur toute sa hauteur avec saillie marquée au niveau de chacune des articulations sans faux promontoire net. On peut faire le tour des deux tiers antérieurs de l'arc qui sont redressés. Il s'agit d'un bassin généralement rétréci

à arc antérieur de mauvais rayon (vérifié par la radiopelvimétrie).

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs, le 5 février, à 3 heures.

Dilatation complète, le 6, à 1 h. 15.

Accouchement, à 1 h. 30. O. I. G. A.

Enfant de 3.200 gr.

Suites de couches marquées par une température subfébrile pendant les quatre premiers jours. Enfant de 3.300 grammes à la sortie.

OBSERVATION XXI (1928, n° 196)

Mme F. J. I pare, 22 ans.

D. R., 31 mai. A. P., 5 mars.

Examen pelvien : Paralysie infantile à quatre ans. La jambe droite est en rotation externe très prononcée avec déhanchement et mouvements marqués d'abaissement et d'élévation du pli fessier. La malade étant debout, l'ensellure lombaire est assez accusée. Le losange de Michaelis est déformé. Le ventre tend à la forme en obusier. Au toucher, la tête, trop descendue, gêne l'examen.

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs, le 23 février, à 16 heures.

Dilatation complète, le 23, à 21 h. 30.

Accouchement, le 23, à 22 heures. O. I. D. P.

Enfant de 2.960 gr.

Suites de couches marquées par l'évolution d'une infection salpingienne. Enfant de 3.000 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXII (1928, n° 236)

Mme L. E., 26 ans, I pare.

D. R., le 7 juin. A. P., le 17 mars.

Examen pelvien : Promontoire en position moyenne à

10 c/m. 2, saillant, un peu en surplomb. Saillie marquée de l'articulation au niveau de S 1, S 2. La courbure de la face antérieure du sacrum est redressée dans sa partie moyenne avec saillie de tous les interlignes articulaires. A la partie inférieure, il y a projection en avant de la région coccygienne. On fait le tour du détroit supérieur dont la courbure est réduite dans son ensemble avec redressement de la ligne innommée. Les deux régions cotyloïdiennes sont très nettement projetées à l'intérieur de l'excavation. Il s'agit d'un bassin aplati et généralement rétréci canaliculé.

Marche de l'accouchement :

Début des douleurs, le 5 mars, à 4 heures.

Rupture des membranes, le 5, à 5 heures.

A 11 h. 30, le 5. Col dilaté de façon régulière à 5 c/m. Tête fixée, très serrée, mal fléchie : sagittale suivant le diamètre oblique gauche. Grande fontanelle perceptible à droite.

Accouchement à 18 h. 40. Expulsion rapide. Chevauchement de 1 c/m 1/2 du pariétal droit sur la gauche et des pariétaux sur l'occipital et les frontaux. A noter que l'enfant est né étonné. Il présente une marque de pression au niveau du frontal droit en contact avec l'arc antérieur. Le travail s'est effectué par de violentes contractions maternelles. Enfant de 3.050 gr.

Suites normales. Enfant de 3.100 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXIII (1928, n° 242)

Mme D. H., 35 ans, II pare.

Une fille à terme en 1924. H+R, bien portante.

Examen pelvien : squelette très grêle. Il faut tenir compte que le premier accouchement en 1924 était un siège, et que l'enfant ne pesait que 2.405 grammes. Parenthèses fémorales très nettes. Au toucher le promontoire est à

11 c/m 5. On fait très facilement le tour du détroit supérieur dont l'arc antérieur est à rayon régulièrement réduit. Il s'agit d'un bassin généralement rétréci limite.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 6 mars à 18 heures.

Dilatation complète, le 6 mars à 21 h. 5.

Accouchement à 21 h. 15. O. I. G. A.

Enfant de 2.720 gr.

Suites très normales. Enfant de 2.730 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXIV (1928, n° 301)

Mme R. G., 17 ans, I pare.

D. R., 23 juin. A. P., 2 avril.

Examen pelvien : le squelette est grêle avec parenthèses fémorales se continuant au niveau des jambes. Au toucher, la tête très descendue gêne l'examen. Toutefois on constate que les arcs antérieurs sont à rayon réduit.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 24 avril, 2 heures.

Dilatation complète, le 25 à 22 h. 15.

Accouchement à 22 h. 45. O. I. G. A.

Enfant de 2.700 gr.

Suites de couches très normales. Enfant de 2.675 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXV (1928, n° 422)

Mme S. L., 24 ans, I pare.

D. R., 23 juin. A. P., le 3 avril.

Examen pelvien : malade de petite taille, à stigmates rachitiques évidents. Présentation mobile, siège élevé au dessus du détroit supérieur. Bassin à arcs antérieurs très redressés, de rayon très supérieur à la normale réduisant

très considérablement le diamètre transverse du détroit supérieur.

Pourtant à la radio-pelvimétrie on constate, le 16 avril, que le bassin peut être suffisant, on tente une version par manœuvres externes ; à la quatrième tentative et sous anesthésie, on aboutit à un résultat très satisfaisant. La tête prend bien le contact et ne déborde pas.

Marche de l'accouchement.

Rupture prématurée des membranes, le 23 avril, à 1 h. 20.

Début des douleurs, le 23 à 16 heures.

Dilatation complète, le 23 à 21 h. 30.

Accouchement à 22 heures. O. I. G. T.

L'enfant pèse 2.640 gr. à sa naissance.

Suites très normales. Enfant de 2.660 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXVI (1928, n° 478)

Mme C. G., 25 ans, 1 pare.

D. R., 24 juillet. A. P., 3 mai.

Examen pelvien : promontoire un peu élevé à 11 c/m 3 moyennement saillant. On fait facilement le tour du détroit supérieur dont l'arc antérieur est de rayon généralement réduit. Projection marqué du cotyle. La courbure de la face antérieure du sacrum est un peu exagérée.

Marche de l'accouchement.

Rupture des membranes, le 11 mai, à 21 heures.

Début des douleurs, le 12 à 0 heure.

Dilatation complète, le 12 à 5 heures.

Accouchement à 6 h. 15. O. I. G. A.

Enfant de 3.200 gr. à la naissance.

Suites de couches très normales. Enfant de 3.200 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXVII (1928, n° 507)

Mme D. P., 24 ans, I pare.

Examen pelvien : réduction de luxation congénitale il y a 20 ans, il persiste un léger déhanchement. Au toucher, le promontoire est à 12 c/m 4, l'arc antérieur est légèrement redressé du côté droit ; il n'y a pas de saillie anormale des régions cotyloïdiennes, il s'agit d'un bassin légèrement asymétrique.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 17 mai, à 7 heures.

Dilatation complète, le 18 à 23 h. 45.

Accouchement, le 19 à 0 h. 10. O. I. G. A.

Enfant de 2.950 gr. à la naissance.

Suites de couches normales. Enfant de 2.475 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXVIII (1928, n° 511)

Mme T. D., 28 ans, I pare.

D. R., 5 août. A. P., le 15 mai.

Examen pelvien : luxation congénitale unilatérale avec atrophie de la cuisse gauche. Bassin légèrement asymétrique.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 19 mai, à 3 heures.

Dilatation complète, le 20 à 6 h. 15.

Accouchement à 7 h. 35. O. I. G. A.

Enfant de 2.600 gr. à la naissance.

Suites de couches très normales. Enfant de 2.675 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXIX (1928, n° 772)

Mme B. B., 24 ans, I pare.

D. R., 13 novembre. A. P., le 23 août 1928.

Examen pelvien : tumeur blanche du genou droit à l'âge

de 7 ans avec résection de cette articulation. Il s'agit d'un bassin asymétrique. L'aire du détroit supérieur est diminué. Cette réduction porte sur la ligne innominée qui est très redressée. Radio-pelvimétrie.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 7 août, à 4 heures.

Dilatation complète, le 7 à 18 h. 40.

Accouchement à 19 h. 45. O. I. D. P.

Enfant de 3.250 gr. à la naissance.

Suites de couches très normales. Enfant de 3.250 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXX (1928. n° 901)

Mme R. V., 20 ans, II pare.

Un garçon né à 8 mois en 1927.

Examen pelvien : coxalgie à 4 ans, plâtre changé tous les 3 mois pendant 4 ans (Professeur NOVÉ-JOSSERAND). Actuellement ankylose complète de la hanche gauche. A l'examen atrophie considérable de ce membre. La cuisse est en adduction légère et rotation interne. La jambe saine est en flexion constante assez accusée même à la marche. Ensellure lombaire très exagérée. Losange de Michaelis asymétrique. Le pli fessier est nettement relevé à gauche. Au toucher, la symphyse est haute, très inclinée en avant, sans bourrelet rétro-symphysaire très marqué. On atteint le promontoire très haut à 11 c/m. Le sinus sacro-iliaque droit est plus profonds que le gauche. La ligne innominée est redressée du côté gauche et tend à la rectitude. (Radio-pelvimétrie).

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 16 septembre, à 3 heures.

Dilatation complète, le 16 à 6 h. 35. O. I. G. A.

Enfant de 2.900 gr. à la naissance.

Suites de couches normales. Enfant de 2.920 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXXI (1928, n° 1.051)

Mme M. L., 19 ans, II pare.

Un garçon à terme en 1927, mort au dixième jour.

D. R., 10 janvier. A. P., 20 octobre.

Examen pelvien : squelette grêle, parenthèses fémorales. Au toucher, promontoire en situation moyenne à 11 c/m. Saillie accentuée sans profondeur très marquée des sinus. Arcs antérieurs de rayon réduit tendant au redressement. Symphyse haute et inclinée en avant. Courbure sacrée normale.

Marche de l'accouchement.

Le 11 octobre : fausse alerte.

Le 31 octobre, à 9 heures, début des douleurs vraies.

Dilatation complète à 18 h. 25.

Accouchement à 18 h. 40. O. I. G. A.

Enfant de 2.550 gr. à la naissance.

Suites de couches normales. Enfant de 2.500 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXXII (1929, n° 259)

Mme Q. L., 17 ans, I pare.

D. R., 10 juin. A. P., 20 mars.

Examen pelvien : tête ne débordant pas. On ne peut atteindre le promontoire, mais le sacrum paraît projeté en avant. Il s'agit d'un bassin canaliculé, limite.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 25 mars, à 21 heures.

Dilatation complète, le 27 à 21 h. 35.

Accouchement, le 27 à 22 h. 15. (Travail très prolongé).

O. I. G. A.

Enfant de 3.470 gr. à la naissance.

Suites de couches très normales. Enfant de 3.375 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXXIII (1929, n° 293)

Mme V. B., 25 ans, II pare.

Un garçon en 1925, à l'Hôtel-Dieu (accouchement prématuré provoqué). Mort immédiatement après sa naissance.

D. R., 23 juin. A. P., 30 mars.

Examen pelvien : petite taille, ensellure lombaire très prononcée, pas de scoliose, omoplates légèrement saillantes. Tendance au genu-recurvatum. Epiphyses du poignet épaisses. Mains courtes mais non trapues.

Voûte palatine ogivale. « Venter pendulum ». Le lósan-ge de Michaelis est régulier. Au toucher : symphyse haute inclinée en avant. Bassin en antéverson. Le promontoire est attingible à 10 c/m 5 ; la face antérieure du sacrum est projetée en avant avec saillie marquée des trois premières articulations sacrées dont la première constitue un véritable faux promontoire. Arc antérieur aplati sur 3 c/m environ, de part et d'autre de la symphyse (radio-pelvimétrie).

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 6 avril, à 1 heure.

Dilatation complète, le 7 à 5 h. 30.

Accouchement à 6 h. 10. O. I. G. A.

Enfant de 3.100 gr. à la naissance.

Suites de couches normales. Enfant de 3.150 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXXIV (1929, n° 328)

Mme L. V., 28 ans, II pare.

Une fille à terme en 1926. H + R. Bonne santé.

D. R., 9 juillet. Accouchement probable, 12 avril.

Examen pelvien : on atteint facilement le promontoire à 10 c/m 3. On fait facilement le tour du détroit supérieur dont l'aire semble généralement réduite dans son ensem-

ble. Il s'agit d'un bassin légèrement généralement rétréci. (Radio-pelvimétrie).

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 15 avril, à 22 heures.

Dilatation complète, le 16 à 22 heures.

Accouchement à 23 heures. O. I. G. A.

Enfant de 3.070 gr. à la naissance.

Suites de couches très normales. Enfant de 3.075 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXXV (1929, n° 331)

Mme M. B., 26 ans, II pare.

Un accouchement gémellaire en 1925 à l'H+R ; un enfant décédé à trois mois de méningite, l'autre bien portant.

D. R., 30 juin. A. P., 9 avril.

Examen pelvien : déformation rachitique des fémurs et des tibias, Raccourcissement marqué des membres inférieurs dû à une courbure anormale. Losange de Michaelis non déformé. Légère lordose lombaire. De face, tibias en lames de sabre. Mains un peu épaisses et courtes sans grosses déformations. Au toucher : le promontoire est bas, saillant à 9 c/m 5, les sinus sont très profonds ; le détroit supérieur tend à l'ogive, il existe un faux promontoire entre S. 1 et S. 2. Saillie de chaque articulation, la partie inférieure du sacrum tend à l'hameçon. En somme il s'agit d'un bassin aplati généralement rétréci et canaliculé mais à aire d'engagement limite.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 16 avril, à 16 heures.

Dilatation complète, le 17 à 7 heures.

Accouchement à 7 h. 30. O. I. D. P.

Enfant de 3.500 gr. à la naissance.

Suites de couches très normales. Enfant de 3.600 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXXVI (1929, n° 344)

Mme M. J., 21 ans, I pare.

D. R., 10 juillet. A. P., 20 avril.

Examen plevien : légère déformation rachitique : squellette trapu, mains courtes, tibias en parenthèses. Au toucher, on ne peut atteindre le promontoire, mais latéralement il semble qu'il y ait une projection des régions cotyloïdiennes assez prononcée et que l'arc antérieur soit nettement réduit. En somme il s'agit d'un bassin rachitique limite.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 22 avril, à 0 heure.

Dilatation complète, le 22 à 14 h. 5.

Accouchement à 15 h. 45.

Deux points de suture. O. I. D. P.

Enfant de 2.700 gr. à la naissance.

Suites de couches marquées par l'évolution d'une affection salpingienne. Enfant de 3.600 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXXVII (1929, n° 385)

Mme P. J., 19 ans, I pare.

D. R., 10 août. A. P., le 20 mai.

Examen pelvien : luxation congénitale gauche opérée à l'âge de 12 ans par le Professeur NOVÉ-JOSSERAND. Aucune boiterie. L'examen pelvien montre un bassin légèrement asymétrique.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 7 mai, à 3 heures.

Dilatation complète à 5 h. 45.

Accouchement à 5 h. 45. (Expulsion extrêmement rapide).
O. I. D. P.

Enfant de 2.970 gr.

Suites de couches bonnes à part luxation du coccyx très douloureuse. Enfant de 2.900 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXXVIII (1929, n° 480)

Mme P. B., 18 ans, I pare.

D. R., 14 août. A. P., 24 mai.

Examen pelvien : squelette grêle, promontoire facile à atteindre à 11 c/m 3, saillie de l'articulation S. 1 S. 2. A partir de ce point le sacrum tend à filer en arrière. On fait le tour du détroit supérieur dont la courbure est réduite de façon régulière avec tendance à l'aplatissement de la région juxta-symphysaire. Symphyse haute sans bourrelet très prononcé (radio-pelvimétrie).

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 4 juin, à 4 heures.

Dilatation complète à 14 heures.

Accouchement à 14 h. 30. O. I. D. P.

Enfant de 2.700 gr. à la naissance.

Suites très normales. Enfant de 2.675 gr. à la sortie.

OBSERVATION XXXIX (1929, n° 535)

Mme C. D., 35 ans, II pare.

Une fille à terme à l'H+R en 1926. Bonne santé.

Examen pelvien : rétrécissement du détroit inférieur, les deux ischions sont éloignés de 6 c/m seulement. La symphyse est haute, inclinée en avant, l'ogive pubienne est très prononcée.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 16 juin, à 12 heures.

Dilatation complète à 15 h. 5.

Accouchement à 15 h. 20. O. I. D. P.

Enfant de 3.250 gr.

Suites de couches très normales. Enfant de 3.225 gr. à la sortie.

OBSERVATION XL (1929, n° 637)

Mme G. P., 23 ans, 1 pare.

D. R., 4 octobre. A. P., 14 juillet.

Examen pelvien : taille 1 m. 45 : parenthèses fémorales intéressant aussi les tibias, ébauche de genu-recurvatum. Tendance à la lordose, aplatissement de la région sacrée. Au toucher, le promontoire est atteint, mais haut, il semble s'agir d'un bassin généralement rétréci.

Marche de l'accouchement.

Rupture très prématurée des membranes, le 10 juillet, à 18 h. A partir de ce moment, douleurs vagues, irrégulières, produisant pourtant une légère dilatation du col, mais le 11, à 17 heures, interruption des douleurs : 4 cachets de quinine. A 18 heures : réapparition des douleurs, le col semblant ne pas s'effacer rapidement, on donne 4 grammes de chloral. A 20 heures : dilatation complète.

Accouchement à 22 heures. O. I. G. A.

Apnée transitoire du nourrisson qui pèse 3.000 gr. à la naissance.

Suites de couches marquées par une température sub fébrile chez la mère pendant les quatre premiers jours. L'enfant pèse 3.100 gr. à la sortie.

OBSERVATION XLI (1929, n° 655)

Mme P. P., 21 ans, 1 pare.

D. R., 6 octobre. A. P., le 16 juillet.

Examen pelvien : promontoire très élevé. Faux promontoire à l'union de S 1, S. 2, sacrum projeté en avant. On fait le tour du détroit supérieur dont la courbure est ré-

duite dans son ensemble. Il s'agit d'un bassin aplati généralement rétréci limite.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 16 juillet, à 3 heures.

Dilatation complète à 11 h. 30.

Accouchement à 12 h. 30. O. I. G. A.

Enfant de 3.350 gr. à la naissance.

Suites de couches très normales. Enfant de 3.325 gr. à la sortie.

OBSERVATION XLII (1929, n° 674)

Mme P. C., 21 ans, I pare.

D. R., 20 septembre. A. P., 30 juin.

Examen pelvien : luxation congénitale bi-latérale réduite dans l'enfance. Au toucher, promontoire atteint à 11 c/m, arcs antérieurs satisfaisants. Il s'agit d'un bassin généralement rétréci.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 19 juillet, à 20 heures.

Dilatation complète, le 20 à 3 h. 25.

Accouchement à 3 h. 55. O. I. G. A.

Enfant de 3.270 gr. à la naissance.

Poussée de température pendant les 4 premiers jours, suites normales. Enfant de 3.300 gr. à la sortie.

OBSERVATION XLIII (1929, n° 880)

Mme B. P., 26 ans, II pare.

Un enfant mort-né en 1927 (4.000 gr.), à la campagne.

D. R., 10 septembre. A. P., 20 septembre.

Examen Pelvien : promontoire atteint à 12 c/m, il existe un faux promontoire à 10 c/m 5. Les deux arcs antérieurs sont très nettement aplatis. Il s'agit d'un bassin aplati limite.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 10 septembre, à 23 heures.

Dilatation complète, le 11 à 5 h. 45.

Accouchement à 6 h. 15. O. I. G. A.

Enfant de 2.900 gr. à la naissance.

Suites de couches très normales. Enfant de 3.000 gr. à la sortie.

OBSERVATION XLIV (1929, n° 1.166)

Mme B. B., 28 ans, I pare.

D. R., 28 février. A. P., 8 décembre.

Examen pelvien : mains grêle sans déformation ; ébauche de genu-valgum, promontoire très élevé mais faux promontoire à 10 c/m à l'union de S. 1, S. 2. L'arc antérieur à rayon réduit présente un aplatissement rétro-symphysaire. Il s'agit d'un bassin limite canaliculé.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 10 décembre, à 23 heures.

Dilatation complète à 4 heures.

Accouchement à 7 heures. O. I. G. A.

Apnée transitoire du nouveau-né. Durée 15 minutes ; enfant de 3.000 gr. à la naissance.

Suites normales chez la mère. Enfant de 3.050 gr. à la sortie.

OBSERVATION XLV (1930, n° 485)

Mme M. P., 23 ans, III pare.

1° Un garçon en 1925, Hôpital Croix-Rousse, prématuré provoqué, actuellement en bonne santé.

2° Une fille en 1926, Hôpital Croix-Rousse, enfant petit, accouchement brusque presque sans douleurs, actuellement bien portante.

D. R., 8 juillet. A. P., 18 avril.

Examen pelvien (contrôlé par la radio-pelvimétrie) :

bassin aplati et généralement rétréci. Le promontoire est attingible à 10 c/m 6.

La malade a présenté de l'albuminurie au cours de sa grossesse.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 28 avril, à 0 heure.

Dilatation complète à 4 h. 40.

Accouchement à 4 h. 50 ; eaux boueuses. O. I. D. P.

L'enfant pèse 2.820 gr.

La malade présente une lymphangite du sein, mais par ailleurs les suites sont normales. Enfant de 2.750 gr. à la sortie.

OBSERVATION XLVI (1930, n° 523)

Mme M. P., 25 ans, I pare.

D. R., 25 juillet. A. P., 5 mai.

Examen pelvien : le promontoire est atteint à 10 c/m. Il tend à faire le bec. La concavité du sacrum est exagérée, sans faux promontoire. On fait facilement le tour du détroit supérieur dont la courbure est régulière. Il s'agit d'un bassin aplati et généralement rétréci où l'hystérotomie est à prévoir.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 5 mai, à 5 heures. A ce moment-là tête très mobile.

Rupture des membranes, le 5 à 6 heures.

Accouchement à 14 h. 50. O. I. D. P.

L'enfant pèse 2.800 gr.

Les suites ont été parfaitement normales pour la mère. Enfant de 2.825 gr. à la sortie.

OBSERVATION XLVII (1930, n° 682)

Mme J. J., 21 ans, I pare.

D. R., 17 août. A. P., 27 mai.

Examen pelvien : symphyse haute, inclinée en avant. Promontoire attingible à 10 c/m. La courbure de l'arc antérieur est réduite régulièrement.

Marche de l'accouchement.

La grossesse a été prolongée jusqu'au 17 juin 1930.

Début des douleurs, le 16 juin, à 4 h. 30.

Dilatation complète, le 17 à 3 heures.

Accouchement à 3 h. 45. O. I. D. P.

Enfant de 3.870 gr. à la naissance.

Suites de couches très normales. Enfant de 3.700 gr. à la sortie.

OBSERVATION XLVIII (1930, n° 830)

Mme I. G., 19 ans, II pare.

Une fille à terme en 1929 à l'Hôpital de la Croix-Rousse, mort-née, 2.430, présentation de l'épaule : embryotomie rachidienne sur enfant mort.

D. R., 25 novembre. A. P., 5 septembre.

Examen pelvien (contrôlé par la radio-pelvimétrie) : promontoire à 11 c/m. Arc de courbure moyenne. Nombreux faux promontoires. Il s'agit d'un bassin limite généralement rétréci.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 31 juillet, à 24 heures.

Rupture des membranes à 6 h. 55, le 1^{er} août.

Dilatation complète à 6 h. 57.

Accouchement à 7 h. 5. O. I. G. A.

Enfant de 2.620 gr. à la naissance.

La mère a présenté une température sub-fébrile pendant huit jours. Enfant de 2.600 gr. à la sortie.

OBSERVATION IL (1930, n° 859)

Mme C. B., 23 ans, II pare.

Une fille prématurée de 1.700 grammes extraite au forceps, actuellement en bonne santé.

D. R., 25 octobre. A. P., le 5 août.

La malade a présenté au cours de sa grossesse de l'albumine. Elle présente par ailleurs une maladie mitrale.

Examen pelvien : on atteint le promontoire à 10 c/m. L'arc antérieur est de rayon réduit. La tête n'est pas très grosse, mais déborde légèrement. Le pronostic est très incertain.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 31 juillet à 3 heures.

Dilatation complète, le 1^{er} août à 7 h. 55.

Accouchement à 8 h. 10, après un travail de 29 heures.

O. I. G. A.

Enfant de 2.370 gr. à la naissance.

Suites de couches très normales. Enfant de 3.400 gr. à la sortie.

OBSERVATION L (1930, n° 874)

Mme V. C., 28 ans, I pare.

D. R., 25 octobre. A. P., 5 août.

Examen pelvien : tête s'adaptant bien par le palper mensurateur. L'arc antérieur du côté droit est redressé. Le promontoire est atteint à 11 c/m., mais peu saillant. Il s'agit donc d'un bassin asymétrique à pronostic favorable.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 6 août, à 8 heures.

Rupture des membranes, le 5 à 1 heure.

Dilatation complète, le 6 à 21 heures.

Accouchement à 22 h. 45. O. I. G. A.

Enfant de 3.250 gr. à la naissance.

Les suites ont été très normales. Enfant de 3.075 gr. à la sortie.

OBSERVATION LI (1930, n° 945)

Mme R. V., 28 ans, II pare.

Un garçon à terme en 1923. Charité, bonne santé.

Examen pelvien : bon arc antérieur, bonne concavité sacrée. Le promontoire est atteint à 11 c/m 4. Faux promontoire un peu saillant. Il s'agit d'un bassin canaliculé pur.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 26 août, à 15 heures.

Rupture des membranes, le 26, à 23 h. 15.

Dilatation complète, le 27 à 1 h. 55.

Accouchement à 2 h. 15. O. I. D. P.

L'enfant pèse 4.000 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été normales. Enfant de 4.050 grammes à la sortie.

OBSERVATION LII (1930, n° 973)

Mme B. M., 24 ans, I pare.

D. R., 3 décembre. A. P., 13 septembre.

Examen pelvien : squelette grêle sans déformation importante. L'arc antérieur tend à l'ogive. Il s'agit d'un bassin limite transversalement rétréci (contrôlé par la radi-pelvimétrie).

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 2 septembre, à 23 heures.

Dilatation complète, le 3 à 10 h. 45.

Accouchement, le 3 à 11 h. 45. O. I. G. A.

L'enfant pèse 2.700 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été normales. Enfant de 2.750 grammes à la sortie.

OBSERVATION LIII (1930, n° 984)

Mme G. G., 29 ans, I pare.

D. R., 1^{er} décembre. A. P., 10 septembre.

Examen pelvien : Le promontoire n'est pas très élevé. On l'atteint à 10 c/m 2. L'arc antérieur est de bonne courbure. Le sacrum est très concave. Il s'agit d'un bassin généralement rétréci limite.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 5 septembre, à 14 heures.

Dilatation complète, le 5 à 22 h. 30.

Accouchement à 23 h. 15. O. I. D. P.

L'enfant pèse 2.900 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été tout à fait normales. Enfant de 2.960 gr. à la sortie.

OBSERVATION LIV (1929, n° 977)

Mme R. M., 35 ans, I pare.

Myomectomie en juin 1927.

D. R., 2 janvier. A. P., 12 octobre.

Examen pelvien (contrôlé par la radio-pelvimétrie) : faux promontoire atteint à bout de doigt. L'arc antérieur est circulaire, de rayon peut-être inférieur à la normale mais suffisant pour un enfant de poids moyen.

Marche de l'accouchement.

Rupture prématurée de la poche des eaux, le 12 septembre, à 3 heures.

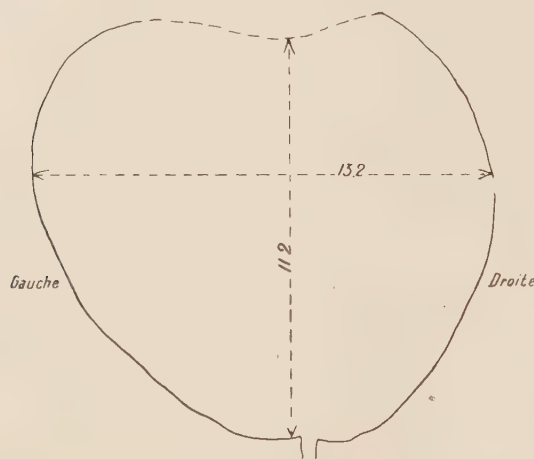
Début des douleurs, le 13 à 17 heures.

Dilatation complète, le 14 à 3 h. 15.

Accouchement à 3 h. 55. O. I. D. P.

L'enfant pesait 3.200 gr. Il n'a pu être ranimé. Les eaux étaient méconiales et d'autre part il existait une latérocidence du cordon.

La malade a présenté immédiatement après l'accouchement un grand frisson et une température à 39°2. Par la suite elle a présenté une phlegmatia alba-dolens avec



température à grande oscillation pendant 15 jours. Elle est sortie pourtant en bonne santé après six semaines.

Forceps à terme

OBSERVATION LV (1927, n° 725)

Mme P. M., 26 ans, I pare.

D. R., 3 novembre. A. P., 12 août.

Examen pelvien : on atteint le promontoire à 11 c/m. On fait facilement le tour du détroit supérieur dont l'arc paraît de rayon réduit.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 3 septembre, à 3 heures.

Dilatation complète à 11 h. 30 (dilatation à la Bonnai-

re). Forceps pour souffrance fœtale : deux incisions du col, une sur la lèvre antérieure et l'autre sur la lèvre postérieure. A ce moment, col dilaté à 6 c/m. Au toucher manuel on constate qu'il s'agit d'une gauche transverse. Forceps, rupture du bloc périnéal mais sans atteinte rectale.

Enfant de 3.670 gr. à la naissance.

Suites de couches très normales. Enfant de 3.700 gr. à la sortie.

OBSERVATION LVI (1927, n° 928)

Mme C. B., 19 ans, I pare.

D. R., 24 janvier. A. P., 4 novembre.

Examen pelvien : la malade a présenté un mal de Pott dorsal supérieur à 4 ans. Immobilisation pendant 6 mois dans une minerve plâtrée. Persistance d'une voûture dont le point saillant est légèrement au-dessus d'une ligne passant par les deux épines des omoplates. Il existe au-dessous au niveau de la colonne dorsale une lordose marquée de compensation et un peu de cyphose lombaire. Pas de déformation apparente du losange de Michaelis. Antéversion utérine très prononcée. Parenthèses fémorales.

Au toucher, l'inclinaison symphysaire est très exagérée. La symphyse est haute et le promontoire très élevé. Concavité angulaire au niveau de la dernière pièce sacrée.

La disproportion entre l'enfant et la filière pelvienne ne paraît pas considérable. (Ratio-pelvimétrie).

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 12 novembre, à 2 h. 30.

Dilatation complète à 17 heures.

Forceps à 17 h. 45 pour souffrance fœtale. O. I. D. P.

Enfant de 2.950 gr.

Suites très normales. Enfant de 3.200 gr. à la sortie.

OBSERVATION LVII (1927, n° 208)

Mme L. M., 48 ans, VIII pare.

Une fille en 1905 à l'hôpital de la Croix-Rousse, bien portante actuellement.

Un garçon en 1907, H+R, bien portant actuellement.

Un garçon mort-né H+R 1910 (version).

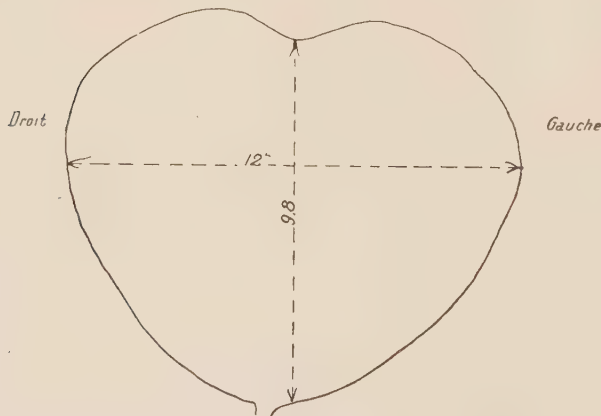
Une fille en 1911, H+R, bien portante.

Une fille en 1913, H+R, bien portante.

Un garçon en 1915, H+R, mort de diphtérie à 4 ans.

Un garçon en 1917, H+R, bien portant actuellement.

Date des dernières règles : indéterminée.



La malade a présenté de l'albumine pendant sa grossesse.

Examen pelvien : luxation congénitale de la hanche droite. Le promontoire est facilement attingible. Il s'agit d'un bassin très asymétrique, mais suffisant. (Radio-pelvimétrie).

Marche de l'accouchement.

Le 20 mars, à 23 heures, début des douleurs.

Le 22 mars, à 9 heures, rupture des membranes.

Malgré un travail de 3 jours, la tête est toujours mo-

bile. Ce même jour, à 22 heures, la température est de 38°9, le pouls est accéléré et, d'autre part, la malade présente ses dignes nets de surmenage. Tympanisme abdominal. Au toucher : le col donne une sensation de fente transversale élargie. Il reste un gros bourrelet œdémateux en avant. La tête est encore à la partie supérieure de l'excavation. On met en place un forceps de Tarnier en prise mastoïdo-frontal. Après une traction pénible : dérapage du forceps.

Mise en place d'un forceps de Levret. En prise bi-pariétale. Les tractions sont absolument inefficaces.

M. RHENTER est appelé à 23 heures. Tête engagée en asynclytisme, en position intermédiaire et réalisant une présentation du bregma. Malgré la non-perception des bruits du cœur, on met en place un forceps de Levret avec lacs. Tractions longues et prolongées, descente difficile. Enfant mort-né de 3.500 grammes.

Les suites de couches ont été d'emblée très mauvaises.

Météorisme abdominal, subictère, vomissements, oligurie. Le 24, la température est à 35°5 et le pouls bat à 92. Les anses intestinales sont de plus en plus dilatées malgré la mise en place d'un sifflet.

Le 26, il existe une amélioration notable malgré la persistance de la dilatation abdominale.

Le 28, très mauvais état général, le pouls est à 140 à 9 heures. Décès le 28 à 22 heures. Urée dans le sang : 4 gr. 70. Pas d'autopsie (opposition).

OBSERVATION LVIII (1927, n° 994)

Mme C. M., 27 ans, I pare.

D. R., 12 février. A. P., 22 novembre.

Examen pelvien: on atteint le promontoire qui est en situation moyenne, plutôt bas. Les sinus sont bien dessinés, mais moins profonds à gauche qu'à droite. On fait

facilement le tour du détroit supérieur. La symphyse est haute de 7 c/m 5 sans bourrelet. Il s'agit donc d'un bassin aplati légèrement rétréci.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 3 décembre, à 5 heures.

Dilatation complète à 15 h. 30.

Forceps à 17 h. 40 en O. I. D. P.

Enfant de 3.000 gr. à la naissance.

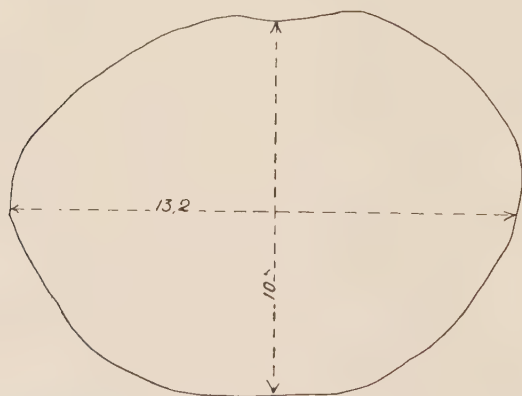
Suites très normales. Enfant de 2.975 gr. à la sortie.

OBSERVATION LIX (1928, n° 601)

Mme E. R., 28 ans, I pare.

D. R., 28 août. A. P., 7 juin.

Examen pelvien : le promontoire est facilement atteint.



La courbure des arcs antérieurs est à très grand rayon. (Radio-pelvimétrie). Il s'agit d'un grand bassin plat paraissant compatible avec l'accouchement d'un enfant à terme.

Marche de l'accouchement.

Rupture prématurée des membranes, le 20 juin, à 10 h.

Début des douleurs, le 20 à 14 heures.

Dilatation complète, le 21 à 9 h. 20.

Accouchement, le 21 à 9 h. 45. Forceps au 1/3 supérieur de l'excavation pour souffrances fœtales. L'enfant n'a pu être ranimé (Latérocidence du cordon). Il pesait 4.080 gr. Les suites de couches ont été marquées par une température sub-fbrile pendant les trois premiers jours.

OBSERVATION LX (1928, n° 627)

Mme B. L., 22 ans, I pare.

D. R., 1^{er} septembre. A. P., 11 juin.

Examen pelvien : promontoire en position moyenne un peu saillant, attingible à 10 c/m. 8. L'arc antérieur est réduit dans son ensemble. Il s'agit d'un bassin aplati et généralement rétréci avec mauvais arcs antérieurs. Par ailleurs le squelette est court, il existe des parenthèses fémorales et une ébauche de genu-recurvatum.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 27 juin, à 15 heures.

Rachi-anesthésie, le 28 à 11 heures (dilatation de 1 à 6 c/m en 30 minutes).

Forceps en O. I. D. P. à 12 h. 15.

L'enfant pèse 2.990 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été normales. Enfant de 3.000 grammes à la sortie.

OBSERVATION LXI (1928, n° 710)

Mme A. L., 31 ans, II pare.

Le premier enfant est né par accouchement prématuré provoqué. Il a été extrait au forceps et pesait 2.750 gr. Il est en bonne santé actuellement.

D. R., 10 octobre. A. P., 20 juillet.

Examen pelvien : faux promontoire moyennement sail-

lant à 10 c/m 5. Le promontoire est attingible à 11 c/m 2. L'arc antérieur est de courbure régulière et de rayon un peu inférieur à la normale. Il s'agit d'un bassin généralement rétréci.

Marche de l'accouchement.

Rupture prématurée des membranes, le 19 juillet, à 9 h.

Début des douleurs, le 19 à 10 heures.

Dilatation complète, le 20 à 7 h. 40.

Accouchement à 9 h. 50, forceps à la partie supérieure de l'excavation pour arrêt de la progression, en O. I. G. T. Enfant de 3.000 gr.

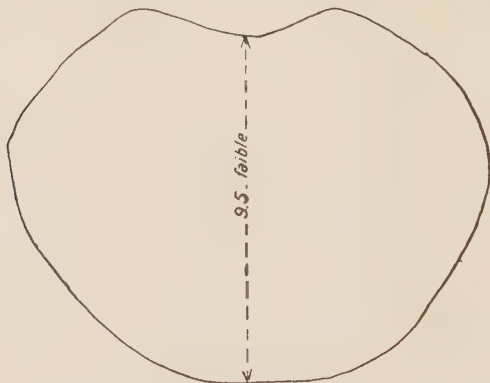
Suites de couches très normales. Enfant de 3.050 gr. à la sortie.

OBSERVATION LXII (1928, n° 860)

Mme M. B., 27 ans, I pare.

D. R., 9 novembre. A. P., 19 août.

Examen pelvien : le promontoire est facilement attin-



gible à 11 c/m, pourtant il est en position assez élevée. L'arc antérieur est de rayon réduit. La symphyse est de dimension normale sans bourrelet marqué. Il s'agit d'un bassin généralement rétréci, très vraisemblablement chirurgical.

La malade a présenté de l'albumine pendant sa grossesse.

Marche de l'accouchement.

Le 1^{er} septembre, à 15 heures, début des douleurs.

On constate dès lors que la tête tend à se fixer et ne déborde plus. Le lendemain, constatation analogue, puis engagement net en O. I. G. A. A dilatation complète, la tête étant fortement fléchie, forceps à la partie moyenne de l'excavation. Tractions soutenues sans lacs. Après 10 minutes, extraction d'un enfant de 2.880 gr. qui naît étonné. Par la suite, il crie mal et succombe à la 24^e heure. Wassermann positif dans le sang du cordon.

A l'autopsie on constate l'existence d'une hémorragie sous-dure-mérienne peu abondante, à la limite du pariétal et de l'occipital à droite.

Les suites de couches ont été marquées par l'évolution d'une endométrite grave.

OBSERVATION LXIII (1929, n° 823)

Mme V. V., 29 ans, III pare.

Un garçon à terme en 1923. H. D. Forceps. Bien portant.

Un garçon à terme en 1928. H. D. Forceps. Cet enfant est mort d'entérite à 4 mois.

D. R. 6 novembre. A. P., 16 août.

Examen pelvien : Il s'agit d'un bassin généralement rétréci qui semble suffisant.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 28 août, à 4 heures.

Rupture des membranes, le 28, à 7 heures.

Dilatation complète, à 20 h. 30.

Forceps à la partie moyenne de l'excavation en O. I. G. T. pour arrêt de la progression. Hémorragie assez abondante par rupture de varices vaginales.

L'enfant pèse 4.200 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été marquées par une température sub-fébrile pendant les huit premiers jours. Enfant de 4.050 gr. à la sortie.

OBSERVATION LXIV (1930, n° 233)

Mme M. P., 26 ans. I pare.

D. R. 9 avril. A. P. 19 janvier.

Examen pelvien : Promontoire bas situé à 10 cm 5. On fait le tour du détroit supérieur dont l'arc antérieur est de rayon agrandi. Il s'agit d'un bassin aplati et généralement rétréci.

Marche de l'accouchement.

Rupture des membranes prématurée le 21 février, à 9 h.

Début des douleurs le 23 à 10 heures.

Dilatation complète le 24 à 2 heures.

Forceps au 1/3 supérieur pour arrêt de la progression et souffrances fœtales. Tractions modérées.

Terminaison de l'accouchement à 2 h. 20. Infection amniotique.

L'enfant pèse 3200 gr. à la naissance. Il présente des convulsions dès le lendemain. Ponction lombaire : liquide sanglant. Une série de ponctions lombaires semble amener une amélioration. Mais malgré une phase d'amélioration caractérisée par une reprise de poids, l'état général reste mauvais. Après trois semaines on constate une chute de poids considérable et en trois jours l'enfant tombe de 3.725 gr. à 3.150 gr. Il décède à la fin de la quatrième semaine.

Les suites de couches ont été normales chez la mère malgré une température sub-fébrile pendant les 6 premiers jours.

OBSERVATION LXV (1930, n° 243)

Mme V. B., 28 ans. I pare.

D. R., 15 mai. A. P., 25 février.

Examen pelvien : Squelette trapu, mains courtes, enfoncement glabellaire. Voûte palatine ogivale. Tête complètement mobile avec tendance au débordement. Promontoire facile à atteindre à 10 cm. 5. On fait facilement le tour du détroit supérieur.

Il s'agit d'un bassin aplati et généralement rétréci avec mauvais arcs antérieurs. Attendre le terme.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 24 février, à 9 h.

Dilatation complète à 7 h. 55.

Forceps au 1/3 supérieur pour arrêt de la progression.

Tractions pénibles. O. I. D. T.

Enfant de 3.520 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été marquées par une température oscillante qui fait supposer l'évolution d'une infection pelvienne. Au toucher l'utérus semble nettement en sub-involution.

L'enfant présente une paralysie faciale avec tête fortement modelée. Il pèse à la sortie 3.700 gr.

OBSERVATION LXVI. (1930, n° 295)

Mme B. D., 22 ans, I pare.

D. R., 12 mai. A. P., 22 février.

Examen pelvien : Squelette grêle, ébauche de parenthèses fémorales. Tête complètement mobile mais ne débordant pas.

Promontoire élevé et peu saillant. Arc antérieur tendant à l'ogive. Faux promontoire peu saillant entre S. 1 et S. 2 ; et entre S. 2 et S. 3. Bassin généralement rétréci, un peu canaliculé, paraissant très acceptable.

Marche de l'accouchement.

Rupture indéterminée des membranes, eaux méconiales.

Début des douleurs, le 9 mars, à 9 h. 30.

Dilatation complète : le 10 à 18 heures.

Forceps au 1/3 supérieur pour souffrances fœtales. Traction longue et pénible avec lacs. Déchirure du périnée intéressant le sphincter.

Mort apparente du nouveau-né. O. I. D. T.

Enfant de 3.000 gr. Paralysie faciale ayant regressé très rapidement.

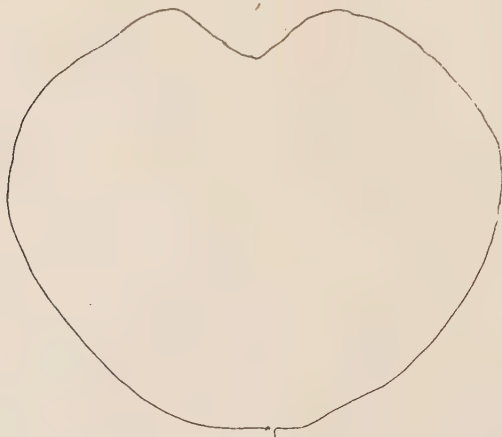
Les suites de couches ont été marquées par une température sub-fébrile pendant les 6 premiers jours ; Mais le sphincter est continent. Enfant de 3.100 gr. à la sortie.

OBSERVATION LXVII. (1930, n° 344)

Mme B. C., 28 ans, I pare.

D. R., 16 juin. A. P., 27 mars.

Examen pelvien : (contrôlé par la radio-pelvimétrie).



Il s'agit d'un bassin limité généralement rétréci avec promontoire atteint à 10 c/m. Le sinus droit semble plus profond que le gauche.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 23 mars, à 23 heures.

Dilatation complète le 24 à 20 h. 30.

Forceps à la partie supérieure de l'excavation en O. I. D. P. Il s'agit d'un gros enfant de 3.820 gr. ranimé après 2 heures, mais décédé à 23 h. 45, d'une hémorragie méningée.

Les suites de couches ont été marquées : 1° par une température sub-fébrile pendant les huit premiers jours et 2° par une paralysie du sciatique poplité externe. Un examen électrique montre qu'il n'existe pas de réaction de dégénérescence, mais seulement une hypo-excitabilité assez accusée dans le domaine du sciatique poplité externe.

OBSERVATION LXVIII. (1930, n° 577)

Mme P. C., 28 ans, II pare.

Une fille à terme à Paris *extraite par opération Césarienne* en 1927, actuellement en bonne santé.

D. R., 15 juin. A. P., 25 mars.

Examen pelvien (contrôlé par radio-pelvimétrie).

Le promontoire est atteint à 10 cm, 5. On fait le tour du détroit supérieur dont la circonférence paraît de rayon réduit. Il s'agit d'un bassin généralement rétréci, limite.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 18 mai, à 1 heure.

Rupture des membranes à 16 heures.

Dilatation complète à 5 h., le 19. Ce n'est qu'à ce moment que la tête se fixe. On pratique alors un forceps au détroit supérieur en O. I. D. P. Tractions modérées.

L'enfant pèse 3.350 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été très normales. Enfant de 3.400 gr. à la sortie.

OBSERVATION LXIX. (1930, n° 899)

Mme B. V., 21 ans, I pare.

D. R., 6 novembre. A. P., 16 août.

La malade a présenté au cours de sa grossesse une pyélonéphrite pour laquelle elle a été hospitalisée dans le service.

Examen pelvien : On constate une diminution du diamètre coccyx-sous-pubien par proéminence du coccyx. Il s'agit d'un rétrécissement net du détroit inférieur.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 13 août, à 5 heures.

Dilatation complète à 13 h. 30.

Forceps pour arrêt de la progression en O. I. G. A.

L'enfant pèse 3.170 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été très normales. Enfant de 3.180 gr. à la sortie.

Versions à terme

OBSERVATION LXX. (1927, n° 193)

Mme D. P., 40 ans. V pare.

Une fille avant terme à 8 mois 1/2 en 1921 à l'Hôpital-Croix-Rousse, morte de diphtérie à 15 mois.

Une fille prématurée provoquée à 8 mois 1/2 en 1922 à l'Hôpital-Croix-Rousse, bonne santé.

Une fille prématurée provoquée en 1923, Hôpital-Croix-Rousse, bonne santé.

Un garçon prématuré provoqué en 1925, Hôpital-Croix-Rousse, bien portant

D. R., 8 juin. A. P., 18 mars.

Examen pelvien : La malade a présenté à l'âge de 9 ans une tumeur blanche du genou pour laquelle elle a été soignée à la Charité par MM. Pollosson et Nové-Josserand. Actuellement il existe une ankylose complète à 120°. Atrophie marquée du membre inférieur droit. La malade est restée en plâtre deux ans. Au toucher : le sacrum est redressé et le promontoire attingible à 10 cm., moyennement élevé. L'arc antérieur a un rayon très suffisant. Il s'agit d'un bassin asymétrique (radio-pelvimétrie).

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 16 mars, à 12 heures.

La malade a présenté immédiatement une hémorragie abondante par placenta preevia central partiel. A ce moment rupture artificielle des membranes.

Forceps à 22 h. 30, tractions inefficaces. On tend une version qui permet d'extraire un enfant de 3.400 gr. qui a été ranimé en 20 minutes.

Les suites de couches ont été bonnes chez la mère.

OBSERVATION LXXI. (1929, n° 773)

Mme P. L., 31 ans. I pare.

D. R., 16 novembre. A. P., 26 août.

Examen pelvien : Promontoire atteint à 10 cm. Sacrum très mauvais, parce que très redressé, mais sans faux promontoire. On arrive à faire le tour du détroit supérieur dont l'arc antérieur est redressé, avec zone aplatie de part et d'autre de la symphyse jusqu'aux éminences pectinéales. Il s'agit d'un bassin aplati, généralement rétréci et canaliculé.

Marche de l'accouchement.

La malade a présenté quelques douleurs depuis le 14 août à 12 heures, mais elle n'a présenté de fortes douleurs que depuis le 15 à 20 heures.

Dilatation complète après 72 heures de travail environ.

On fait une tentative de forceps pour souffrances de l'enfant mais cette intervention reste inefficace. On pratique alors une version par manœuvres internes. L'enfant qui pèse 3.740 gr. naît en état de mort apparente. Il est ranimé au bout de 6 minutes. Il présente une déformation crânienne très marquée : c'est une dépression marquée du pariétal sans enfoncement vraie. Il pèse 3.850 gr. à la sortie.

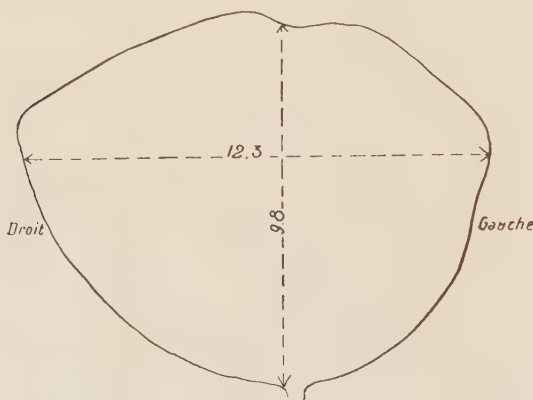
Les suites de couches ont été marquées chez la mère par une endométrite simple guérie en 10 jours.

OBSERVATION LXXII (1929, n° 905)

Mme M. G., 23 ans. I pare.

D. R., 3 décembre. A. P., 13 septembre.

Examen pelvien : L'arc antérieur est de courbure très inférieure à la normale. Le promontoire est atteint à



11 cm. Il s'agit d'un bassin aplati, généralement rétréci acceptable si l'enfant est de poids moyen. (Radio-pelvimétrie).

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 19 septembre, à 9 h. 15.

Rupture des membranes le 19 à 14 heures.

A 14 h. 15 les bruits du cœur sont très accélérés, la tête est amorcée. Au toucher : col ayant encore toute sa longueur mais déjà dilaté. Laterocidence du cordon, on pratique la dilatation artificielle, puis une version, mais alors on se trouve en présence de grandes difficultés de l'extraction de la hanche postérieure, ainsi que des épaules et de la tête. L'extraction a duré $3/4$ d'heure. Mais l'enfant est mort-né ; il pesait 4.200 gr. A l'autopsie : on ne trouve aucun signe de spécificité et notamment le Wegner est négatif. Par contre on note une grosse hémorragie méningée péri-cérébelleuse et périlbulbaire avec éraillures de la tente du cervelet.

Les suites de couches ont été marquées chez la mère par une température sub-fébrile ayant très rapidement cédé.

Extraction du siège

OBSERVATION LXXIII. (1929, n° 957)

Mme R. B., 27 ans, I pare.

D. R., 8 décembre. A. P., 18 septembre.

Examen pelvien : Arcs antérieurs de courbure régulière, de rayon moyen, le sacrum n'est pas explorable. La radiopelvimétrie montre qu'il s'agit d'un bassin transversalement rétréci.

Marche de la grossesse.

Le 30 août, la tête est encore haute et mobile. On envisage l'accouchement prématuré provoqué.

Le 10 septembre le col est imperméable.

Le 30 septembre on constate qu'il s'agit d'un siège, et une version par manœuvres externes reste infructueuse.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs le 6 octobre à 23 heures.

Dilatation complète le 8 à 3 heures.

Abaissement prophylactique du pied à 20 heures.
Grande extraction du siège pour souffrances fœtales, à 5 heures le 8. L'enfant est né en état de mort apparente, mais ranimé en 25 minutes.

S. I. G. A., l'enfant pèse 3.550 gr.

Suites de couches très bonnes. Enfant de 3.600 gr. à la sortie.

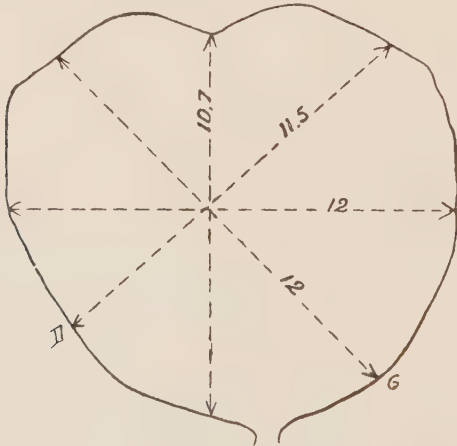
Craniotomies sur enfant mort

OBSERVATION LXXIV (1927, n° 406)

Mme C. F., 25 ans, I pare.

D. R., 12 août. A. P., le 22 mai.

Examen pelvien : Il s'agit d'un bassin généralement



rétréci. La radio-pelvimétrie montre qu'en outre il est légèrement asymétrique avec redressement de l'arc antérieur droit. Pourtant il semble très acceptable.

Marche de l'accouchement.

Rupture des membranes, le 25 mai, à 3 heures.

Début des douleurs le 28 à 11 heures.

Dilatation complète à 2 h. 20 le 29. A ce moment la tête est amorcée au détroit supérieur et ne déborde pas. Mais à 21 heures les bruits du cœur ne sont plus perçus. On pratique une craniotomie sur enfant mort. On constate qu'il existe trois circulaires du cordon. L'enfant pesait 3.400 gr. Les suites de couches ont été normales chez la mère, malgré une ascension thermique à 39° le premier jour.

OBSERVATION LXXV. (1927, n° 408)

Mme B. M., 22 ans, I pare.

D. R., 6 août. A. P., 13 mai.

Examen pelvien — le 6 mai : La tête déborde légèrement la symphyse. On sent, à travers un segment mal constitué, une présentation céphalique tendant à se mettre en position paramédiane. Le promontoire est atteint à bout de doigt. On fait le tour de l'arc antérieur dont la courbure est redressée. Il existe des deux côtés des saillies cotyloïdiennes. Il semble qu'on se trouve en présence d'un bassin transversalement rétréci.

Marche de l'accouchement.

La malade a perdu les eaux le 28 à 19 heures. Elle entre dans le service ce même jour à 23 heures. On constate immédiatement que les bruits du cœur sont extrêmement ralentis et que le liquide amniotique est purée de pois. La présentation est très haute et ne descend pas. Le col se dilate très lentement.

Le 30 à 15 heures les bruits du cœur ne sont plus perçus.

A 18 heures la dilatation étant complète, on pratique une craniotomie à la partie moyenne de l'excavation.

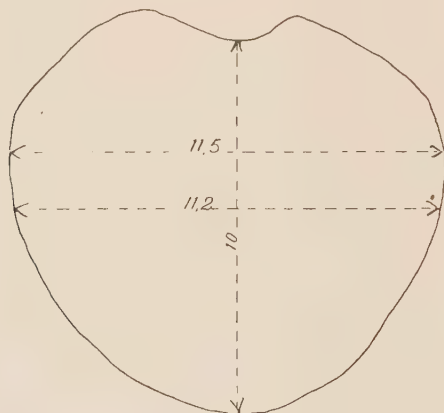
A 21 heures, la malade présente une légère hémorragie. Les phénomènes de schock s'accroissent et la malade meurt à 8 h. 45, le 31.

OBSERVATION LXXVI. (1928, n° 532)

Mme C. V., 24 ans, I pare.

D. R., 15 août. A. P., 25 mai.

Examen pelvien : Malade au squelette court, trapu, type de dysthyroïdienne. Au toucher le col ne semble pas un col d'utérus gravide. L'arc antérieur est régulier, de forme normale. Le promontoire est difficilement atteint



à cause de la résistance des parties molles. On fait faire une radio-pelvimétrie qui montre qu'il s'agit d'un bassin généralement rétréci compatible avec l'accouchement d'un enfant de petit volume.

La malade a présenté au cours de sa grossesse un gros disque d'albumine.

Marche de l'accouchement.

La malade entre aux expectantes le 20 mai.

Le 26 : rupture spontanée des membranes, le liquide est verdâtre et au toucher on perçoit un col presque complètement effacé.

Le 27 à 4 h. la dilatation est à 7 cm. mais on constate la présence d'eaux vertes et les bruits du cœur ne sont plus perçus.

Le 28, à dilatation complète, on pratique une craniotomie qui permet d'extraire difficilement un enfant de 2.850 gr.

Les suites de couches ont été marquées tout d'abord par les phénomènes de *schock* avec péritonisme et dilatation considérable des anses intestinales. La température est à 39°.

Par la suite les phénomènes de *schock* s'amendent. On pratique une thérapeutique anti-infectieuse.

Le 15 juin la température baisse à 38°.

En quelques jours *apyrexie*.

Le 31 juillet tout semble rentrer dans l'ordre sauf l'incontinence d'urine qui persiste.

OBSERVATION LXXVII. (1928, n° 1185)

Mme V. A., 24 ans, II pare.

Un garçon en 1926, à terme, en bonne santé.

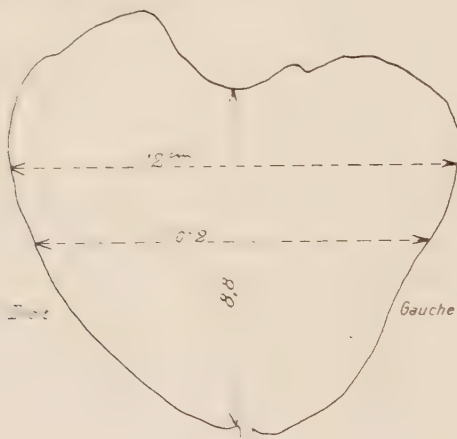
D. R., 26 février. A. P., 8 décembre.

Examen pelvien : Le sacrum est très incliné en avant avec un faux promontoire saillant à l'union de S. 1 et de S. 2. La distance du sous-pubis au promontoire est de 10,5. Les sinus sacro-iliaques sont très profonds, mais plus profonds à droite qu'à gauche. On fait le tour du détroit supérieur qui présente une irrégularité un peu en arrière de l'extrémité du diamètre transverse à droite. Ce qui fait que l'arc antérieur de ce côté est de courbure extrêmement réduite. Il s'agit d'un bassin limite aplati, et généralement rétréci, canaliculé, un peu asymétrique.

Marche de l'accouchement.

Le 15 décembre, à 0 h. 30, début des douleurs.

A 22 h. 10, rupture spontanée des membranes. Dilatation complète. La présentation est haute, mobile, sans tendance à se fixer et d'autre part on perçoit jusque dans le vagin un cordon procident battant sous le doigt. Les bruits du cœur fœtal sont très rapides, mais réguliers. On pratique la reposition du cordon que l'on arrive à refouler au-dessus de la tête et on se décide à tenter immédiatement une version.



On amène sans difficulté un pied à la vulve et on pratique une grande extraction du siège ; mais les bras se relèvent et on doit alors procéder à leur abaissement. La tête est retenue au détroit supérieur et malgré le Mauriceau, malgré la manœuvre de Champetier de Ribes, et quelque soit le diamètre suivant lequel on essaie d'orienter la tête, on ne peut extraire celle-ci. On a l'impression d'un obstacle osseux infranchissable. Au cours de ces manœuvres qui sont longues et difficiles, l'enfant succombe. On pratique alors une craniotomie sur la tête dernière, et on arrive à extraire un enfant de 3.500 gr.

Au cours de cette intervention la malade a perdu

1.000 cmc de sang. Par la suite elle présenta des phénomènes de schock qui se sont rapidement amendés. Elle sort le 16^e jour.

OBSERVATION LXXVIII. (1930, n° 791)

Mme H. O., 38 ans, I pare.

D. R., 20 septembre. A. P., 30 juin.

Examen pelvien : Le promontoire est facilement atteint à 10 cm 5. L'arc antérieur est de rayon un peu diminué. Il s'agit d'un bassin limite, généralement rétréci.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 15 juillet, à 4 heures.

Le 16 à 3 h., rupture spontanée de la poche des eaux : eaux boueuses. Dès ce moment on note des signes de souffrance de l'enfant. La dilatation est à 6 cm, mais le col est souple, paraissant dilatable.

Au toucher : la tête est petite mais pourtant elle s'adapte très mal, il existe un chevauchement des pariétaux. On a l'impression que la tête vient buter sur le promontoire. On fait une application de forceps qui reste infructueuse, puis on tente une version au cours de laquelle l'enfant meurt. On pratique alors une craniotomie sur tête dernière. Les suites de couches ont été des plus simples.

Opérations césariennes

OBSERVATION LXXIX. (1927, n° 60)

Mme P. C., 28 ans, II pare.

Une fille à terme en 1920, à domicile, extraite par forceps, bien portante actuellement.

D. R., 2 avril. A. P., 12 janvier.

Examen pelvien : On atteint le promontoire à 10 cm 5. il est moyennement saillant. Les sinus semblent assez peu profonds. On fait assez facilement le tour du détroit supérieur dont l'arc antérieur gauche semble appartenir à une circonférence de grand rayon. Il semble bien qu'il existe à ce niveau une saillie de la région cotyloïdienne. (Radio-pelvimétrie). Il s'agit d'un bassin limite un peu asymétrique.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 24 janvier, à 3 heures.

Rupture des membranes le 25 à 13 heures.

A 13 h. 30 dilatation complète et rupture artificielle des membranes. Mais la tête reste haute et à partir de 16 heures les douleurs s'espacent. A 18 heures le col revient sur lui-même.

A 18 h. 30 intervention (Docteur Trillat) : on trouve une vessie pleine, le cul-de-sac vesico-utérin est en position haute. Incision péritonéale. Incision du segment inférieur. Le liquide amniotique est foncé, fortement mêlé de méconium. On extrait facilement le fœtus et on place une mèche intra-cervicale. Réfection du segment, suture du péritoine et des plaies superficielles.

L'enfant pesait 3.850 gr. à la naissance.

Les suites ont été parfaitement normales, la température n'a jamais dépassé 39° et s'est maintenue au-dessous de 38° à partir du troisième jour. L'enfant pèse 3.775 gr. à la sortie.

OBSERVATION LXXX. (1930, n° 992)

Mme M. C., 21 ans, I pare.

D. R., 12 décembre. A. P., 22 septembre.

Examen pelvien : On note l'existence de stigmates nets de rachitisme : parenthèses fémorales ; mains courtes, trapues ; voûte palatine ogivale. La tête est mobile, ne

déborde pas, et elle plonge facilement. Le promontoire est à 10 cm 2, saillant, la concavité sacrée est normale. L'arc antérieur tend à l'aplatissement. Il s'agit d'un bassin limite pour lequel il faut attendre l'époque du travail.

Marche de l'accouchement.

Début des douleurs, le 9 septembre, à 3 heures.

A 19 heures, devant l'absence de progression, les membranes étant déjà rompues depuis trois heures, on décide l'intervention. (Docteur Eparvier). Incision médiane ombilico-pubienne. Incision du péritoine décollable à 1 cm de la ligne d'adhérence. Le décollement est rendu difficile par une infiltration sous-péritonéale ressemblant à de l'œdème. Incision longitudinale du segment qui saigne facilement. Extraction laborieuse de la tête. Une branche de forceps est utilisée en levier. Délivrance manuelle.

Points séparés : un plan d'enfouissement en plusieurs surjets. Fermeture classique. Dissection de la gaine des droits : trois catguts sur les droits. Quelques catguts sur le tissu cellulaire sous-cutané : trois crins sur la peau, le reste en agrafes.

L'enfant pèse 3.350 gr.

Les suites de couches ont été très normales chez la mère au début, mais après 10 jours on constate l'existence d'une phlébite gauche. Il n'y a pas eu d'accident de paroi. L'ablation des fils s'est faite normalement le huitième jour.

Accouchements prématurés provoquée

OBSERVATION LXXXI. (1927, n° 78)

Mme D. G., 42 ans, III pare.

Une fille en 1922 : accouchement prématuré provoqué

à 8 mois et demi : forceps dans l'excavation. Bien portante actuellement.

Une fille en 1923 : accouchement prématuré provoqué à huit mois 1/2, décédée à 10 mois de bronchite capillaire.

Examen pelvien : Il s'agit d'un bassin aplati et généralement rétréci dont le promontoire est atteint à 10 cm. 5.

D. R., 13 mai. A. P., 23 février.

Marche de l'accouchement.

Le 2 février à 11 heures, mise en place d'une bougie de Krause.

Début des douleurs le 3 à 23 heures.

Dilatation complète le 4 à 9 h.

Accouchement à 10 h. 40. O. I. D. T.

L'enfant pèse 3.250 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été normales chez la mère.

Enfant de 3.250 gr. à la sortie.

OBSERVATION LXXXII. (1927, n° 200)

Mme F. J., 28 ans, III pare.

Un garçon en 1924 : accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2, mort de broncho-pneumonie à 3 ans.

Un garçon en 1925 : accouchement prématuré provoqué à l'Hôpital-Croix-Rousse, actuellement en bonne santé.

D. R., 20 juin. A. P., 30 mars.

Examen pelvien : Squelette un peu grêle, ébauche de parenthèses fémorales, pas de déformation marquée de la face ou des membres. Promontoire facile à atteindre à 11 c/m, saillant. Il existe un faux promontoire à l'union de S. 1 et de S. 2, à 9 cm 5 du sous-pubis. Le sacrum est plat, fuyant en arrière avec redressement marqué au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. L'ensemble revêt la forme classique en hameçon. L'arc antérieur est facile à explorer. Il est aplati dans sa portion antérieure.

Marche de l'accouchement.

Le 17 mars, introduction facile, à 11 heures, de 2 bougies de Krause. Les dimensions du ballon de Champetier de Ribes n'en auraient pas permis l'introduction. Dans les 3 h. qui ont suivi, quelques douleurs sont perçues et les bougies sont expulsées.

Le 19, après 48 h., il n'existe aucune contraction douloureuse. Le col n'est dilaté qu'à 2 cm.

A 11 h. introduction du ballon de Champetier de Ribes de 400 cm³ qui appuie sur le col et paraît refouler la présentation.

Le 19 à 17 heures, les eaux sortent verdâtres le long du ballon ; les douleurs sont vives, les contractions régulières. Le ballon est vidé et enlevé : le col est alors à 6 cm et la tête est mobile en O. I. D. P. Une poche très mince fait saillie : il existe probablement un décollement amnio-chorial. Au toucher manuel on sent un cordon procident en avant. Les bruits du cœur se ralentissent et deviennent irréguliers. On met en place un forceps en prise mastoïdo-frontal : la tête fuit. Tractions prudentes très longues avec refoulement manuel du col. Descente pénible. Dégagement, périnée, intact. Enfoncement fronto-pariétal droit, très profond, dû sans doute au faux promontoire. La prise de forceps est nettement visible de l'autre côté, mais l'enfant crie et respire bien. On redresse l'enfoncement par la méthode de Vicarelli.

L'enfant pesait 2.800 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été très normales. Enfant de 2.890 gr. à la sortie.

OBSERVATION LXXXIII. (1927 n° 293)

Mme O. G., 29 ans, I pare.

D. R., 8 juillet. A. P., 15 avril.

Examen pelvien : Il existe des stigmates de rachitisme : parenthèses fémorales, mains trapues.

Au toucher il existe un faux promontoire à l'union de S. 1 et de S. 2. Le vrai promontoire est atteint à 11 cm 5. La concavité sacrée est nettement exagérée. La ligne innommée est très redressée. En somme, il s'agit d'un bassin aplati asymétrique.

Marche de l'accouchement.

On se décide, étant donné le débordement de la tête, de déclancher l'accouchement. Le 22 mars, on met en place une bougie de Krause. A 14 h., c'est-à-dire après 3 heures, les douleurs commencent d'emblée, très vives.

A 17 h., il s'écoule un peu de liquide (probablement rupture haute).

A 19 h. on retire la bougie qui est dans le vagin.

Le 24 et le 25 les douleurs continuent. La tête s'adapte lentement, mais le col ne se dilate pas.

Le 25 à 23 h., il existe des signes nets de surmenage. Mais le col ne se dilate toujours pas.

A 22 h. 10, le 26 le col est perméable à trois doigts et la présentation est en asynclitisme sur le pariétal droit, en O. I. D. P. Il existe un chevauchement très important. Les bruits du cœur se ralentissent et deviennent irréguliers. On met alors en place un forceps de Levret avec lacs. Prise mastoïdo-frontale. L'extraction est rapide, mais difficile. L'enfant est en état de mort apparente, mais on le ranime en quelques minutes. Il pèse 2.750 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été marquées par une température sub-fébrile pendant les cinq premiers jours. Enfant de 2.780 gr. à la sortie.

OBSERVATION LXXXIV, (1927, n° 410)

Mme M. P., 39 ans, II pare.

Gemellaire en 1920, prématurés à 7 mois 1/2. Le premier enfant a été accouché au forceps, il pesait 1 kg. 1/2

et il se porte bien actuellement. Le second a été expulsé douze heures après spontanément (mort-né).

D. R., 10 août. A. P., 20 mai.

Examen pelvien : Il s'agit d'un bassin limite aplati et généralement rétréci.

Marche de l'accouchement.

Mise en place d'une bougie de Krause le 30 avril à 11 h. Le travail s'est déclanché presque immédiatement et a abouti en 10 h. à l'expulsion d'un enfant de 2.870 gr.

Les suites de couches ont été normales chez la mère. Enfant de 2.830 gr. à la sortie.

OBSERVATION LXXXV (1927, n° 456)

Mme G. B., 27 ans, II pare.

Une fille a terme en 1925, de 2.600 gr., actuellement en bonne santé.

Examen pelvien : Le promontoire est atteint à 9 c/m 5. Les arcs antérieurs sont de courbure nettement réduite. La radio-pelvimétrie montre qu'il s'agit d'un bassin généralement rétréci pur.

Marche de l'accouchement.

A huit mois et demi, le 9 juin, mise en place d'une bougie de Krause. Les douleurs se déclanchent presque immédiatement, pourtant ce n'est qu'après un travail prolongé de 47 heures que la malade expulse un enfant de 2.880 grammes. Il pèse 2.930 à la sortie. Les suites ont été parfaitement normales chez la mère.

OBSERVATION LXXXVI (1927, n° 457)

Mme F. L., 30 ans, II pare.

Un garçon en 1923, extrait au forceps.

D. R., 12 septembre. A. P., 19 juin.

Examen pelvien : Le promontoire est facilement atteint à 10 c/m 5. Le sacrum est de courbure normale, il n'existe pas de faux promontoire, le sinus sacro-iliaque droit est plus profond que le gauche. Il existe un redressement des arcs antérieurs qui paraissent symétriques à partir de la région ilio-pectinée. Il s'agit donc d'un bassin aplati, généralement rétréci, asymétrique.

Marche de l'accouchement.

Mise en place d'une bougie de Krause le 11 juin à 11 h. 50.

Début des douleurs à 22 h. 45.

Dilatation complète, le 12 à 8 h. 5.

Accouchement à 9 h. 50. O. I. G. A.

L'enfant pèse 3.200 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été très normales chez la mère. Enfant de 3.200 gr. à la sortie.

OBSERVATION LXXXVII (1927, n° 568)

Mme G. X., 32 ans, II pare.

Un garçon en 1921, à l'Hôtel-Dieu. Forceps, bien portant.

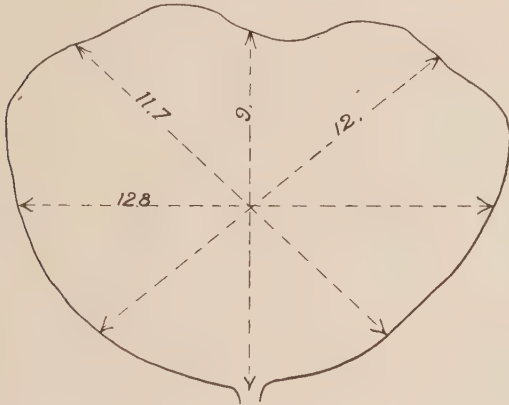
Examen pelvien : Le promontoire est élevé, saillant, à 10 c/m 3. Faux promontoire à l'union de la première et deuxième articulations sacrées. Saillie marquée à l'union des deux articulations sacro-iliaques. L'incurvation du sacrum est telle que sa face antérieure file très obliquement en arrière pour s'infléchir obliquement en avant au niveau de la troisième articulation. Les sinus sont profonds. L'arc antérieur paraît appartenir à une circonférence de grand rayon. La symphyse est haute avec bourrelet rétro-symphysaire dur et très prononcé. (Radio-pelvimétrie).

Marche de l'accouchement.

Le 11 juillet, à 11 h. 30, mise en place d'une bougie de Krause.

Les douleurs débutent presque immédiatement.

Le 12 juillet, à 5 heures, l'utérus est un peu revenu sur



lui-même, la dilatation est presque complète et on constate qu'il s'agit d'une présentation du front. On pratique alors une version qui permet d'extraire un enfant mort-né de 2.950 grammes.

L'autopsie montre que le décès a été causé par une hé morragie ventriculaire avec rupture de la tente du cer-velet, à droite.

Les suites de couches ont été marquées par une tempé- rature à grande oscillation pendant les 6 premiers jours. La malade sort guérie le vingtième jour.

OBSERVATION LXXXVIII (1927, n° 724)

Mme G. L., 37 ans, II pare.

Un enfant en 1926, H+R, ranimé.

D. R., 27 novembre. A. P., 5 septembre.

Examen pelvien : Le promontoire est atteint à 10 c/m 2.

Il existe un faux promontoire à l'union des premières et deuxièmes vertèbres sacrées. L'arc antérieur paraît appartenir à une circonférence de très grand rayon. Il s'agit donc d'un bassin aplati.

Marche de l'accouchement.

Mise en place d'une bougie, le 2 septembre à 11 heures.

Déclenchement du travail après 11 heures. A 23 heures, le col est à 6 c/m et on pratique l'ablation de la bougie.

Dilatation complète à 3 h. 33.

Accouchement à 3 h. 40. O. I. G. A.

L'enfant pèse 3.270 gr.

Les suites de couches ont été normales. L'enfant pèse 3.200 gr. à la sortie. Sa courbe de poids a été assez hésitante pendant les premiers jours.

OBSERVATION LXXXIX (1927, n° 884)

Mme P. L., 22 ans, III pare.

Une fille en 1925 à l'H+R, morte à un an de broncho-pneumonie.

Une fille en 1926 à l'H+R, en bonne santé actuellement.

D. R., 22 janvier. A. P., 1^{er} novembre.

Examen pelvien : Le promontoire est facilement atteint à 10 c/m. Les arcs antérieurs semblent appartenir à une circonférence de très petit rayon. Il s'agit d'un bassin généralement rétréci.

Marche de l'accouchement.

Le 25 octobre, à 11 heures, mise en place d'une bougie de Krause qui déclenche le travail après 27 heures.

Dilatation complète, le 27 à 3 h. 45.

Accouchement, le 27 à 3 h. 55. O. I. D. P.

L'enfant pèse 3.150 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été normales. Enfant de 3.200 grammes à la sortie.

OBSERVATION XC (1928, n° 510)

Mme P. C., 24 ans, II pare.

Un enfant en 1927, accouchement prématuré provoqué, bon résultat.

D. R., 27 août. A. P., 6 juin.

Examen pelvien : On rencontre rapidement la face antérieure du sacrum qui paraît redressé avec saillie des trois premières articulations sacrées. Le promontoire n'est pas atteint, mais le bassin est dans son ensemble à rayon réduit et on peut suivre le détroit supérieur à partir du tiers postérieur. Le redressement est brusque à partir des régions ilio-pectinées.

Marche de l'accouchement.

Mise en place d'une bougie de Krause, le 19 mai à 10 h. 30.

Début des douleurs, le 19 à 13 heures.

On retire la bougie à 20 h. 30.

Dilatation complète à 23 h. 25 et rupture artificielle des membranes.

Accouchement, le 19 à 23 h. 30. O. I. G. A.

L'enfant pèse 2.900 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été normales. Enfant de 2.875 grammes à la sortie.

OBSERVATION XCI (1928, n° 1.018)

Mme P. R., 36 ans, II pare.

Un enfant à terme en 1923, à la Charité, bien portant actuellement.

D. R., 25 avril. A. P., 5 novembre.

Examen pelvien : La symphyse est inclinée en avant, haute de 7 c/m. Il existe un bourrelet rétro-symphysaire saillant mais mou, la concavité sacrée est très exagérée. Il existe une ébauche à peine marquée de faux promontoire. Le vrai promontoire est atteint à 10 c/m 3. Les

sinus sacro-iliaques sont très profonds. La ligne innominée est redressée.

Marche de l'accouchement.

Le 20 octobre, à 10 heures, mise en place d'une bougie de Krause qui ne déclenche le travail qu'après 35 heures.

Dilatation complète, le 21 à 23 heures.

Accouchement, le 22 à 1 h. 50, forceps en O. I. G. A.

L'enfant pèse 2.610 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été très normales. Enfant de 2.500 gr. à la sortie.

OBSERVATION XCII (1928, n° 1.029)

Mme J. C., 35 ans, II pare.

Un garçon, accouchement prématuré provoqué à l'H+R. Bon résultat.

D. R., 6 février. A. P., 16 novembre.

Examen pelvien : Le squelette est court et trapu, taille 1 m. 49. Saillie exagérée de la proéminente. Le losange de Michaelis est légèrement asymétrique, le ventre en obusier. Au toucher, on perçoit un faux promontoire à l'union de la première et de la deuxième sacrées. Le vrai promontoire n'est pas atteint. Les arcs antérieurs sont très nettement redressés, avec surface presque plane dans les régions pubiennes. Ce bassin est donc généralement rétréci avec prédominance de la réduction dans les diamètres antéro-postérieurs.

Marche de l'accouchement.

Le 23 octobre, à 11 heures, mise en place d'une bougie de Krause qui déclenche le travail presque immédiatement. La bougie est retirée le 24 à 6 h. 30, à ce moment la dilatation est à 3 c/m et la poche des eaux intacte.

Le 24, à 13 h. 30, dilatation complète, à 14 h. 45, accouchement en O. I. G. A. d'un enfant de 3.020 gr.

Les suites de couches ont été normales. Enfant de 3.100 grammes à la sortie.

OBSERVATION XCIII (1929, n° 241)

Mme M. B., 19 ans, I pare.

D. R., 1^{er} juillet. A. P., 10 avril.

Examen pelvien : On perçoit un faux promontoire à l'union de la première et de la deuxième vertèbres sacrées. On fait facilement le tour du détroit supérieur dont le diamètre est réduit dans son ensemble. On atteint le promontoire à 11 c/m 5, la symphyse est très haute. Il existe un bourrelet rétro-symphysaire très marqué. Ce bassin généralement rétréci semble compatible avec l'accouchement d'un enfant de petit volume.

Marche de l'accouchement.

Le 23 mars, à 11 heures, mise en place d'une bougie de Krause qui, en 3 heures, déclenche le travail.

Le 24, à 6 heures, la bougie est retirée, la tête est fixée et le col est dilaté à 4 c/m.

Le 24, à 2 h. 15, rupture spontanée des membranes.

A 3 heures, la dilatation est complète et à 3 h. 45, accouchement en O. I. D. P. d'un enfant qui pèse 2.570 gr.

Les suites de couches ont été absolument normales. Enfant de 2.450 gr. à la sortie.

OBSERVATION XCIV (1929, n° 299)

Mme G. L., 41 ans, III pare.

Un garçon à terme en 1926, forceps, bonne santé actuellement.

Une fille en 1927, bassin aplati, accouchement prématuré provoqué, mise en train en 12 heures. Bon résultat.

D. R., 4 juillet. A. P., 14 avril.

Examen pelvien : Le promontoire est facilement atteint à 10 c/m, les arcs antérieurs sont de courbure très redressée. Il s'agit d'un bassin aplati.

Marche de l'accouchement.

Le 8 avril, à 11 h. 15, introduction d'une bougie de Krause.

A 14 heures, début des douleurs.

A 19 h. 30, ablation de la bougie.

A 20 heures, rupture spontanée des membranes et dilatation complète.

Accouchement à 20 h. 5 en O. I. G. A.

L'enfant pèse 2.900 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été très normales. Enfant de 2.950 gr. à la sortie.

OBSERVATION XCV (1929, n° 871)

Mme C. L., 26 ans, III pare.

Un garçon à huit mois et demi : accouchement prématuré provoqué en 1924.

Un garçon à huit mois et demi : accouchement prématuré provoqué en 1926.

D. R., 14 décembre. A. P., 24 septembre.

Examen pelvien : Le promontoire moyennement saillant est facilement atteint à 10 c/m 8, il existe une ébauche de faux promontoire à 10 c/m 2. Concavité exagérée du sacrum. On arrive à faire le tour du détroit supérieur dont l'arc antérieur tend à la forme ogivale. Il s'agit d'un bassin généralement rétréci à mauvais arc antérieur.

Marche de l'accouchement.

Le 9 septembre, à 11 heures, introduction d'une bougie de Krause qui déclenche le travail en 30 minutes et aboutit, en 7 h. 25, à l'expulsion d'un enfant de 2.750 gr. en O. I. G. A.

Les suites de couches ont été normales. Enfant de 3.725 grammes à la sortie.

OBSERVATION XCVI (1930, n° 637)

Mme T. C., 25 ans, II pare.

Un accouchement prématuré provoqué à 8 mois à la Charité, bon résultat.

D. R. 16 octobre. A. P., 26 juin.

Examen pelvien : Stigmates de rachitisme évidents, parenthèses fémorales, voûte palatine ogivale. Au toucher, on atteint parfaitement le promontoire à 10 c/m 6. L'arc antérieur semble être de très petit rayon. Bassin généralement rétréci.

Marche de l'accouchement.

Le 5 juin, à 11 h. 15, mise en place d'une bougie qui déclenche le travail en 6 heures et aboutit, en 22 heures, à l'expulsion d'un enfant de 2.550 gr. qui s'est dégagé en occipito-sacré.

Les suites de couches ont été très normales. Enfant de 2.500 gr. à la sortie.

OBSERVATION XCVII (1930, n° 871)

Mme M. V., 27 ans, I pare.

D. R., 25 octobre. A. P., 5 août.

Examen pelvien : L'arc antérieur est de court rayon et le promontoire atteint à 10 c/m 5. La tête tend à déborder.

Marche de l'accouchement.

Le 2 août, à 11 h. 45, introduction d'une bougie de Krause, mais le travail ne se déclenche qu'après 42 heures.

Le 6 août, à 13 heures, dilatation complète.

Accouchement à 14 h. 40 en O. I. G. A.

L'enfant pèse 3.050 gr. à la naissance.

Les suites de couches ont été normales. Enfant de 2.860 grammes à la sortie.

CHAPITRE II

Réflexions générales

L'étude des 97 observations publiées ci-dessus nous conduit aux réflexions suivantes :

1° *Le pourcentage* des rétrécissements pelviens observés à la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse du 1^{er} janvier 1927 au 15 septembre 1930 atteint 2% avec 97 cas sur 4586 accouchements.

Ce pourcentage apparaît comme extrêmement faible, surtout si on le compare aux statistiques anciennes ; Michaëlis, ne donne-t-il pas le chiffre de 13 à 15 % au cours d'une certaine année !

Il est indéniable que le progrès de la puériculture moderne, en diminuant les cas de rachitisme grave porte ici ses fruits. En particulier, la Maternité de la Croix-Rousse, dont nous avons étudié les seules observations, paraît posséder un recrutement un peu particulier. Parmi ses « clientes », on relève peu d'étrangères, mais par contre, on y trouve un grand

nombre de commerçantes, d'employées dont l'éducation « hygiénique » est relativement poussée.

2° *Pour ces 97 rétrécissements du bassin, on relève 54 accouchements spontanés et 43 qui imposèrent une intervention.*

3° *Les indications opératoires furent les suivantes :*

a) 15 applications de forceps à terme, dont :

4 au détroit supérieur.

8 à la partie supérieure de l'excavation.

2 à la partie moyenne de l'excavation.

2 à la partie moyenne de l'excavation.

1 à la partie inférieure de l'excavation.

b) 3 versions par manœuvres internes.

c) 5 craniotomies sur enfant mort.

d) 1 extraction du siège.

e) 2 opérations césariennes (césariennes basses).

f) 17 accouchements prématurés provoqués.

Les indications chirurgicales ont été, on le voit, posées de façon exceptionnelle. Nous reviendrons sur ce point. Mais nous pouvons invoquer à ce propos les raisons déjà exposées plus haut : si d'une part les viciations pelviennes observées à la Maternité de la Croix-Rousse sont peu fréquentes, celles que l'on y observe sont, d'autre part, rarement très graves.

CHAPITRE III

Réflexions sur les cas suivis d'insuccès

Les 97 observations recueillies de viciation pelvienne, dont 43 imposèrent une intervention, comportent deux morts maternelles et treize morts d'enfant, les deux enfants des mères mortes ayant également succombé.

Nous avons donc 13 cas qui nous laissent une arrière-pensée sur la légitimité de la thérapeutique suivie et ce sont eux que nous allons maintenant discuter.

Le raisonnement qui consisterait à proclamer la supériorité de telle ou telle ligne de conduite différente de celle tenue, serait évidemment par trop simpliste. En pareille occurrence, il importe sans doute de tenir compte de l'échec, mais il faut se mettre aussi de façon rétrospective dans les conditions exactes où l'indication a dû être posée.

Inversement, cette indication doit être jugée et critiquée de façon aussi objective que possible. Nous

tenons, d'ailleurs, de M. Rhenter lui-même, le principe des réflexions que nous exposons ci-dessous.

1° *Sur 54 accouchements spontanés à terme, 53 se sont bien terminés pour la mère et pour l'enfant. Ce dernier a toujours été à sa sortie dans un état tel qu'aucune crainte ne pouvait être permise.*

Nous n'avons relevé qu'une mort d'enfant (Obs. n° 54). Il s'agissait d'une primipare âgée, ayant subi une myomectomie et présentant un bassin limite généralement rétréci, à pronostic favorable. La radio-pelvimétrie confirmait l'examen clinique.

La rupture prématurée de la poche des eaux précéda de 28 h. le début du travail. Celui-ci ne dura que 10 h. 55, mais il se produisit une latérocidence du cordon : L'enfant naquit en état asphyxique et ne put être ranimé. Cet accident se produisit tardivement, et la conduite tenue paraît bien la seule logique.

2° *Sur 15 applications de forceps à terme, ayant constitué la seule intervention pratiquée pour extraire l'enfant, 10 donnèrent d'excellents résultats. 5 échecs restent en revanche à discuter.*

1) *Observation n° 57.*

Il s'agit d'une grande multipare, albuminurique, qui succomba à des accidents de shock, après un travail prolongé et une laborieuse extraction au forceps. Chez elle, les antécédents obstétricaux (six enfants vivants sur sept), la forme du bassin (ilio-fémoral) contrôlée par la radio-pelvimétrie imposait à priori la

ligne de conduite qui fut suivie. Rien ne permettait de prévoir une présentation secondaire du bregma.

2) *Observation n° 59.*

Il s'agissait d'un bassin plat, paraissant cliniquement et radiographiquement compatible avec l'accouchement d'un enfant à terme. Malgré l'amorçage précoce de la tête au détroit supérieur, il se produisit une latérocidence du cordon et l'enfant succomba au cours du travail. *Peut-être le volume du fœtus aurait-il pu faire poser l'indication d'une opération césarienne au début du travail.*

3) *Observation n° 62.*

Il s'agissait d'un bassin généralement rétréci, pour lequel l'indication opératoire avait été posée ; l'épreuve du travail avec engagement correct de la présentation conduisit à pratiquer une simple application de forceps à la partie moyenne de l'excavation, et l'enfant fut extrait sans difficulté. Mais il présentait des signes de spécificité certains (Wassermann positif dans le sang du cordon), et il succomba après 24 heures à une hémorragie méningée. On peut admettre que *l'indication première aurait dû être suivie*, malgré ce que nous savons maintenant de l'étiologie syphilitique d'un grand nombre d'hémorragies méningées.

4) *Observation n° 64.*

Ce bassin aplati et généralement rétréci fut compatible avec l'accouchement d'un enfant de 3.750 gr. obtenu par une banale application de forceps. L'enfant succomba au vingtième jour avec des signes d'hémorra-

gie méningée tardive. L'étiologie traumatique ne paraît pas démontrée. De ce fait, on ne doit pas regretter la conduite suivie.

5) *Observation n° 67.*

Le bassin paraissait tant cliniquement que radiographiquement très légèrement rétréci. La tête était nettement fixée et l'extraction par les voies naturelles s'imposait. Elle fut néanmoins laborieuse et l'enfant mourut d'une hémorragie méningée.

3° *Sur trois versions par manœuvres internes, une aboutit à la mort de l'enfant.*

Observation n° 72.

La version fut pratiquée dans un bassin aplati pur, à diamètre transverse de 12 c/m. 8. Sans doute, le volume de l'enfant (4.200 gr.) aurait pu faire discuter l'intervention sanglante, mais au moment où fut posée l'indication opératoire, on constata des signes de souffrance fœtale en rapport avec une procidence du cordon. La tentative d'extraction par les voies naturelles qui paraissait d'ailleurs possible, était, à notre avis, la seule légitime.

4° *L'indication de la craniotomie sur enfant mort au cours du travail dut être posée chez cinq parturientes.*

1) *Observation n° 74.*

L'examen pelvien contrôlé par la radiographie, l'adaptation de la tête au détroit supérieur, légitimaient l'expectation. L'enfant ayant succombé au cours

du travail, peut-être du fait de trois circulaires très serrées, l'embryotomie était indiquée.

2) *Observation n° 75.*

La malade succomba à des accidents progressifs de schock 14 heures après l'extraction au cranioclaste d'un enfant mort. Les dimensions d'un bassin transversalement rétréci justifiaient l'attente de l'épreuve du travail, et à l'entrée de la parturiente dans le service, les signes trop évidents de la souffrance fœtale contre-indiquaient l'intervention sanglante. L'embryotomie fut d'ailleurs pratiquée sans incidents sur une tête déjà descendue à la partie moyenne de l'excavation.

3) *Observation n° 76.*

Il s'agissait d'un rétrécissement limité du bassin pour lequel fut posé l'indication d'un accouchement provoqué. La rupture prématurée des membranes avec issue de liquide méconial ne permit que l'expectation puis la craniotomie sur enfant mort.

4) *Observation n° 77.*

Il s'agissait d'un bassin aplati et généralement rétréci, canaliculé, un peu asymétrique. La mobilité de la tête aurait dû faire poser au début du travail l'indication d'une opération césarienne, mais la proci-
dence du cordon qui se produisit à dilatation complète après quelques heures d'expectation, ne permit pas de la tenter de façon opportune.

5) *Observation n° 78.*

Il s'agissait d'un bassin généralement rétréci et là

mobilité de la tête au début du travail aurait légitimé une opération césarienne, si celle-ci ne s'était trouvée contraindiquée, à priori, par les signes nets de la souffrance précoce du fœtus.

5° Enfin, l'indication de l'*Accouchement prématuré provoqué* s'est imposée dans dix-sept cas. Une seule mort d'enfant fut à déplorer (*Observ. n° 87*). Il s'agissait d'un bassin aplati et canaliculé ayant permis l'extraction au forceps d'un enfant vivant, lors du précédent accouchement. Cet enfant est actuellement en bonne santé. Lors du dernier accouchement, celui qui nous occupe, la situation fut compliquée par une présentation du front qu'imposa, au cours d'un accouchement provoqué prématuré, une version pendant laquelle l'enfant mourut.

Nous estimons que malgré l'heureux résultat du précédent accouchement, l'*indication d'une opération césarienne* à terme aurait dû être posée.

En conclusion, abstraction faite des deux cas où les malades succombèrent à des accidents impossibles à prévoir, il semble que l'*indication de l'opération césarienne* aurait peut-être pu être posée avec intérêt pour le sort des enfants chez quatre parturientes.

Chez la malade de l'observation n° 59, le volume du fœtus constaté avant la procidence du cordon aurait pu y faire songer.

Peut-être l'hémorragie méningée aurait-elle été évitée chez l'enfant de l'observation 62, malgré ce que nous savons de son étiologie syphilitique.

Dans l'observation 77, la mobilité de la tête aurait pu être considérée comme une indication suffisante au début du travail, sans prolonger une expectation qui aboutit, à dilatation complète, à une procidence du cordon.

Peut-être enfin, eut-on le tort, chez la malade de l'observation 87, de tenir trop compte de l'heureux résultat obtenu par une simple application de forceps à un accouchement précédent ; rien, il est vrai, ne permettait de prévoir la présentation secondaire du front qui compromit le résultat de l'accouchement provoqué.

Conclusions

La discussion des conclusions de ce travail comporte une réserve :

Elles sont basées uniquement sur les statistiques recueillies dans une maternité lyonnaise au cours des quatre dernières années. Cette maternité hospitalière recrute évidemment sa clientèle dans tous les milieux, mais du fait de sa situation topographique, le plus grand nombre des femmes qui y sont soignées se trouvent, et souvent depuis leur enfance, dans des conditions hygiéniques favorables.

1° Le pourcentage des rétrécissements pelviens observés à la maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse du 1^{er} janvier 1927 au 15 septembre 1930 atteint 2,10 % avec 97 cas sur 4.586 accouchements.

2° Sur ces 97 rétrécissements, on relève 54 accouchements spontanés et 43 qui imposèrent une intervention.

3° Les indications opératoires furent les suivantes :

A) 26 à terme.

a) 15 applications de forceps, dont :

4 au détroit sup.

8 à la partie sup. de l'excavation.

2 à la partie moyenne.

1 à la partie inf.

b) 3 versions par manœuvres internes.

c) 5 craniotomies sur enfant mort.

d) 1 extraction du siège.

e) 2 opérations césariennes (césariennes basses).

B) 17 accouchements prématurés provoqués.

4° Les résultats maternels se chiffrent par deux morts.

5° Les résultats pour les enfants se chiffrent par 13 morts, dont 10 au cours du travail et 3 pendant les suites de couches.

Sur ces 13 morts d'enfant, une survint après un accouchement provoqué, et une après un accouchement spontané.

6° Il paraît résulter de cet ensemble de faits :

a) Que le nombre des rétrécissements pelviens tend à diminuer sensiblement dans une certaine clientèle hospitalière.

b) Que le nombre des bassins posant des indications chirurgicales apparaît comme très restreint.

c) Que néanmoins il importe de tendre à les élargir :

c'est ainsi que les indications d'une opération césarienne auraient pu être posées avec avantage dans quatre de nos cas.

d) Que l'accouchement prématuré provoqué doit nettement conserver sa place dans la thérapeutique des bassins viciés.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 31 Octobre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

POUR LE RECTEUR :
Le Doyen délégué,
GRIGNARD.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Observations	11
CHAPITRE II. — Réflexions générales	39
CHAPITRE III. — Réflexions sur les cas suivis d'insuccès	81
CONCLUSIONS	89
